

ที่ปรึกษา (Consultants)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี แก้วธรรมานุกุล Assistant Professor Dr. Thaneer Kaewthummanukul	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Dean, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรรัตน์ มีสุขโข Assistant Professor Dr. Jutarat Mesukko	รองคณบดีด้านวิจัย นวัตกรรม และบูรณาการพันธกิจสากล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Associate Dean responsible for Research, Innovation and Global Mission Integration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ Professor Emeritus Dr. Wichit Srisuphan	อดีตนายกสภาการพยาบาล Former President of Thailand Nursing and Midwifery Council
ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์ Professor Dr. Pranom Othaganont	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล Professor Emeritus Dr. Somchit Hanucharunkul	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล Professor Emeritus Dr. Wipada Kunaviktikul	สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ Panyapiwat Institute of Management

บรรณาธิการ (Editor)

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา Associate Professor Dr. Kannika Kantaruksa	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
--	---

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

รองศาสตราจารย์ ดร.วีระพร ศุทธากรณ์ Associate Professor Dr. Weeraporn Suthakorn	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
---	---

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา Professor Dr. Darawan Thapinta	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Faculty of Nursing, Burapha University
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย Professor Dr. Phechnoi Singchugcha	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน Faculty of Nursing, Christian University
ศาสตราจารย์ ดร.รัชนีวรรณ รอส Professor Dr. Ratchneewan Ross,	School of Nursing, The University of Louisville, USA Ph.D, RN, FTNSS, FAAN
รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง Associate Professor Dr. Supreeda Monkong	School of Nursing, The University of Louisville, USA Ph.D, RN, FTNSS, FAAN
	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

รองศาสตราจารย์ ดร.อรวมน ศรียุกตศุท	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Aurawamon Sriyuktasuth	Faculty of Nursing, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำป็น	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor Dr. Sunee Lagampan	Faculty of Public Health, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอื้อมณีกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Assoc. Prof. Dr. Naruemon Auemaneekul	Faculty of Public Health, Mahidol University
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมธานี	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Associate Professor Dr. Areewan Oumtanee	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห้านิรัตติชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Associate Professor Dr. Teeranut Harnirattisai	Faculty of Nursing, Thammasat University
รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
Associate Professor Dr. Chanokporn Jitpanya	Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing
รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา สุคนธสรรพ์	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
Associate Professor Dr. Achara Sukonthasarn	School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิศเรศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
Associate Professor Dr. Wannee Deoisres	Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานูตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Associate Professor Dr. Ampornpan Theeranut	Faculty of Nursing Khon Kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Associate Professor Dr. Marisa Krairiksh	Faculty of Nursing Khon Kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธีรังสี	สำนักการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Assoc. Prof. Dr. Wandee Suttharangsee	Education and Innovative Learning Academy, Prince of Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Associate Professor Dr. Ploenpit Thaniwattananon	Faculty of Nursing, Prince of Songkla University
รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิگانต์ กาละ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Associate Professor Dr. Sasikarn Kala	Faculty of Nursing, Prince of Songkla University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาตา ลัคหนทัย	Johns Hopkins University, School of Nursing
Assistant Professor Dr. Nada Lukkahatai,	Ph.D, MSN, RN, FANN
รองศาสตราจารย์ ดร.นัทธมน วุฑธานนท์	Johns Hopkins University, School of Nursing
Associate Professor Dr. Nuttamon Vuttanon	Ph.D, MSN, RN, FANN
รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Petsunee Thungjaroenkul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพารณณ์ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Pimpaporn Klunklin	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงค์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Pratum Soivong	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.นงศ์คราญ วิเศษกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Nongkran Viseskul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐยาน์ สุวรรณคฤหาสน์
Assistant Professor Dr. Nattaya Suwankruhasn
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย
Assistant Professor Dr. Kwaunpanomporn Thummathai
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี
Assistant Professor Dr. Piyaporn Prasitwattanaseree
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันธรณ์ จรุงโรจน์สกุล
Assistant Professor Dr. Waruntorn Jongrungrotsakul
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตตวดี เจริญทอง
Assistant Professor Dr. Jittawadee Rhiantong
อาจารย์ ดร.ปรีyakamol ไกรกิจราษฎร์
Lecturer Dr. Preeyakamon Krikirat

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

เจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการ (Editorial Staff)

นางอัมพิกา สุวรรณบุตร
Ampika Suwannabut
MR. Michael Scott Cote

นางสาวพรธิดา คำมงคล
Pornthida Kummongkol
นางสาวนิตยา มะโนคำ
Nittaya Manokam
นางจิราภรณ์ คุณวุฒิ
Jiraporn Koonawoot

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

(Editorial office) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200 Thailand
<http://www.TCI-Thaijo.org/index.php/cmunursing>

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการ

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ชื่อเดิม วารสารพยาบาลสาร: Nursing Journal) ดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ โดยเปิดรับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจ วารสารมีระบบการจัดการแบบออนไลน์ มีการประเมินคุณภาพบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง จำนวนอย่างน้อย 3 ท่าน จากหลากหลายสถาบัน การประเมินคุณภาพเป็นแบบปกปิดสองทาง (Double-blind peer review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนจะไม่ทราบข้อมูลของกันและกัน

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ทางด้านพยาบาลศาสตร์และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการ ระหว่างพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. **บทความวิจัย (Research article)** หมายถึง งานเขียนที่นำเสนอข้อมูลการวิจัยที่กระชับ อย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และรายการอ้างอิง ความยาวบทความ 10-15 หน้า

2. **บทความวิชาการ (Academic article)** หมายถึง งานเขียนที่นำเสนอแนวคิดจากองค์ความรู้ โดยเรียบเรียงเนื้อหาจากผลงานวิชาการในลักษณะการวิเคราะห์วิจารณ์ และนำเสนอประสบการณ์ของผู้เขียน หรือนำเสนอแนวคิดใหม่ เพื่อกระตุ้นให้ผู้อ่านเกิดการพัฒนาความคิด และได้แนวทางในการนำความคิดนั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคม บทความประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ บทนำ เนื้อหาสาระ บทสรุป และรายการอ้างอิง ความยาวบทความ 10-15 หน้า

กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่ (Publication Frequency)

วารสารมีกำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม

ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน

ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน

ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม

จำนวนบทความที่ตีพิมพ์ต่อฉบับ ประมาณ 20 เรื่อง ประกอบด้วย บทความภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. คัดกรองบทความให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
2. พิจารณาเลือกผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความที่เหมาะสมในแต่ละเรื่อง และกำกับดูแลการประเมินในรูปแบบ Double blind peer review
3. กำกับดูแลกระบวนการประเมินคุณภาพของบทความในทุกกระบวนการ ก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่
4. หากมีประเด็นปัญหาสำคัญเกิดขึ้นในกระบวนการประเมินคุณภาพของบทความ จะนำเรื่องเข้าพิจารณาในกองบรรณาธิการ เพื่อขอความเห็นร่วมกัน
5. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้วิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ และไม่นำบทความหรือผลงานทางวิชาการไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
6. ไม่นำความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาทางวิชาการ มาตัดสินการรับหรือปฏิเสธบทความ
7. หากตรวจพบว่าบทความที่ส่งตีพิมพ์ได้รับการเผยแพร่มาก่อน ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำ มีสิทธิ์ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความนั้น ๆ เพื่อป้องกันการประพฤติผิดจริยธรรมทางวิชาการและการตีพิมพ์เผยแพร่
8. พัฒนาคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Duties of Reviewer)

1. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียน
2. ประเมินคุณภาพบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติ หรือความคิดเห็นส่วนตัว
3. ไม่แสวงหาผลประโยชน์ จากบทความที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ทำการประเมิน
4. หากพิจารณาตรวจสอบแล้วพบว่าบทความที่รับมอบหมายให้ประเมินนั้น เป็นบทความที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนการเผยแพร่
5. ไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้
6. ประเมินบทความตามระยะเวลาที่กำหนด

บทบาทหน้าที่ของผู้เขียน (Duties of Authors)

1. บทความที่ส่งมาเพื่อเสนอพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และต้องแน่ใจว่าผลงานดังกล่าวไม่ได้ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น และของตนเอง รวมทั้งไม่ตีพิมพ์ผลงานเดียวกันต่างภาษา
2. ไม่ส่งบทความเพื่อเสนอพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ พร้อมกันกับส่งที่วารสารอื่น

3. หากมีการนำผลงานหรือข้อความอ้างอิงผลงานของผู้อื่นในเนื้อหา ต้องจัดทำรายการเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความเสมอ และอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ
4. ตรวจสอบการเขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบข้อกำหนดของวารสาร ดังคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ
5. รายนามของผู้วิจัยทั้งหมดที่ปรากฏในบทความวิจัย ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย
6. ปรับแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเหมาะสม ภายในระยะเวลาที่กำหนด
7. ในกรณีที่ต้องการถอนบทความ ต้องแจ้งบรรณาธิการทราบทันที
8. ผลงานวิจัยในมนุษย์ จะต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองในบทความ และแสดงรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยที่คำนึงหลักจริยธรรมตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัย ของ Declaration of Helsinki ครบคลุมรายละเอียดต่อไปนี้
 - 1) โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันใด และเลขที่ของโครงการที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย
 - 2) กระบวนการขอความยินยอมดำเนินการอย่างไร มีการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างไร
 - 3) ความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยง
 - 4) กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบางหรือไม่ และมีการปกป้องอย่างไร
 - 5) การป้องกันการลบล้างความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ

กระบวนการพิจารณาประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review Process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนการพิจารณาประเมินบทความ

การพิจารณาประเมินบทความทุกขั้นตอน ดำเนินการผ่านทางระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การทำงานของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้เขียนส่งไฟล์บทความไปยังระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในเว็บไซต์ Thai Journals Online (ThaiJO) URL: <https://www.tci-thaijo.org>
2. บรรณาธิการรับบทความ และแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

3. กองบรรณาธิการดำเนินการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ในส่วนของเนื้อหาของบทความ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตสาขาวิชาของวารสาร รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการอ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกผลงาน (Plagiarism) รวมทั้งประโยชน์ในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ

4. ในกรณีบทความมีคุณภาพไม่ผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้น บรรณาธิการจะดำเนินการแจ้งผู้เขียนให้ปรับแก้ไขบทความให้ถูกต้องภายใน 4 สัปดาห์ หากผู้เขียนไม่สามารถปรับแก้ไขบทความได้ในระยะเวลาที่กำหนด จะถือว่าสิ้นสุดการรับพิจารณาบทความ โดยบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนรับทราบและลบบทความออกจากระบบ

5. ในกรณีบทความผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้นแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินคุณภาพของบทความ แบบปกปิดสองทาง (Double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ และกองบรรณาธิการไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้วิจัยและชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่นทราบเช่นกัน

6. เมื่อบทความได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

6.1 กรณีมีความเห็นให้ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะแจ้ง ผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอนการปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปตีพิมพ์เผยแพร่

6.2 กรณีมีความเห็นให้ผู้เขียนแก้ไขบทความ (Revision Require) กองบรรณาธิการจะส่งข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ผู้เขียน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขบทความ พร้อมทั้งส่งแบบฟอร์มตารางแสดงการแก้ไขให้กับผู้เขียน เพื่อให้ผู้เขียนจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไข โดยระบุข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1, 2 และ 3 ในทุกหัวข้อ และส่งกลับมายังกองบรรณาธิการ โดยรายละเอียดการแก้ไขบทความมีดังต่อไปนี้

6.2.1 กรณีให้ปรับปรุงแก้ไขบทความเพียงเล็กน้อย (Minor Revision) เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังบรรณาธิการ ภายใน 2 สัปดาห์ เพื่อกองบรรณาธิการจะได้ตรวจสอบผลการแก้ไข ก่อนนำไปตีพิมพ์เผยแพร่

6.2.2 กรณีให้ปรับปรุงแก้ไขบทความในประเด็นสำคัญค่อนข้างมาก (Major Revision) เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังบรรณาธิการ ภายใน 4 สัปดาห์ เพื่อกองบรรณาธิการจะได้ส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิรอบที่ 2 (round 2) เพื่อตรวจสอบผลการแก้ไข ซึ่งหากยังต้องมีการแก้ไขอีก กองบรรณาธิการจะดำเนินการส่งกลับไปยังผู้เขียนเพื่อแก้ไข หลังจากนั้น จะตรวจสอบผลการแก้ไขจนกว่าบทความมีคุณภาพที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ได้ ซึ่งจำนวนครั้งของการแก้ไขไม่ควรเกิน 3 ครั้ง

หากผู้เขียนไม่สามารถปรับแก้ไขบทความได้ในระยะเวลาที่กำหนดโดยไม่มีเหตุผล กองบรรณาธิการจะขอลบบทความออกจากระบบ และขอให้ผู้เขียนดำเนินการส่งบทความเข้ามาใหม่ เพื่อ

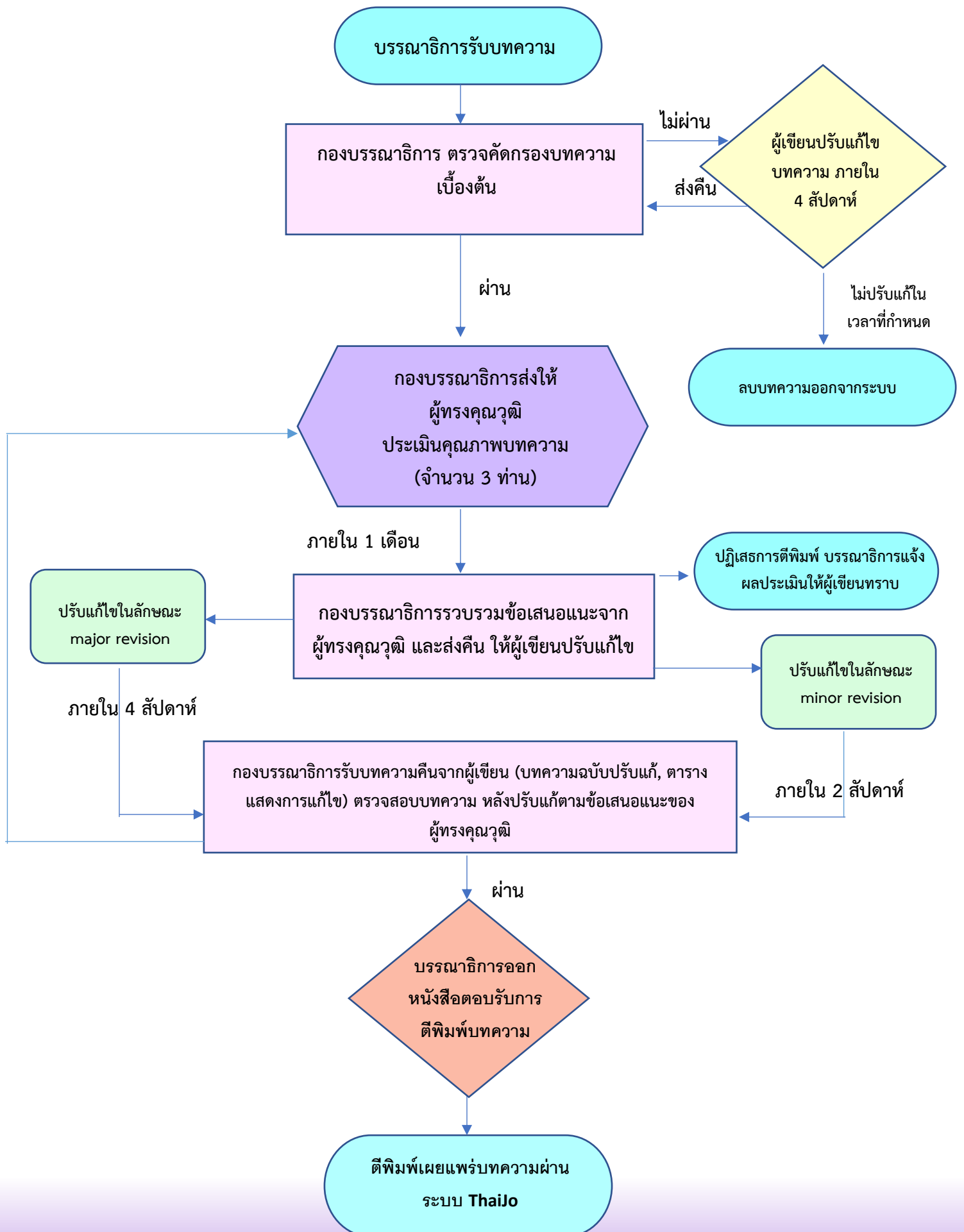
กองบรรณาธิการจะได้ดำเนินการประเมินคุณภาพบทความใหม่ในทุกชั้นตอน และผู้เขียนต้องเสียค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์อีกครั้ง

6.3 กรณีมีความเห็นให้ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission) บรรณาธิการ จะแจ้งผลการประเมินดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลโดยผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO

ตัวอย่างตารางการแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

หัวข้อประเมิน	คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ	การแก้ไข/คำชี้แจง
ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความครอบคลุมของบทคัดย่อและ Abstract	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของวัตถุประสงค์การวิจัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของคำถามการวิจัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
อื่น ๆ (ระบุ)	...	

ขั้นตอนการพิจารณาบทความ
พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



การเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (Article Processing Charges)

วารสารเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เพื่อเป็นค่าดำเนินการและเป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ

- บทความภาษาไทย 4,000 (สี่พันบาทถ้วน) ต่อ บทความ
- บทความภาษาอังกฤษ 5,000 (ห้าพันบาทถ้วน) ต่อ บทความ

ทางวารสารจะเรียกเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เพียงครั้งเดียว เมื่อบทความผ่านการตรวจคัดกรองเบื้องต้นจากบรรณาธิการเรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งจะส่งต้นฉบับให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพ

การชำระเงินผ่านบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชี "วารสารพยาบาลสาร" เลขที่บัญชี 968-0-08702-1 ทั้งนี้ พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ไม่ว่ากรณีใด ๆ

- หมายเหตุ:** - อาจารย์และบุคลากรในสังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์
- พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไม่มีนโยบายในการรับตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

การจัดเตรียมต้นฉบับ

1. สมัครเป็นสมาชิกของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

2. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (single space) พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษบน 3.81 ซม. ขอบล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 3.81 ซม. และขอบขวา 2.54 ซม. ความยาวต้นฉบับรวมการอ้างอิง 10-15 หน้า

3. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน สำหรับการใช้อักษรย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ในครั้งแรก และใช้คำย่อที่เป็นมาตรฐาน

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัยและบทความวิชาการ

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร สำหรับชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์พยัญชนะตัวแรกของทุกคำโดยใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำเชื่อม ตัวอย่างเช่น Components of Innovative Work Behavior Among First-line Nurse Managers in Private Hospitals and Government Hospitals

ชื่อผู้เขียน (Author Name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย ไม่ใส่ยศหรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับของการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคน สำหรับ e-mail ระบุเฉพาะผู้รับผิดชอบหลักของบทความ (Corresponding author) นอกจากนี้ให้ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) ต่อส่วนท้ายนามสกุลผู้เขียน และต่อท้ายชื่อเรื่องในกรณีเป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาให้ระบุชื่อหลักสูตร รวมทั้งสาขาวิชา ทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย

ตัวอย่างเช่น

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนแยกภาษาอังกฤษ และภาษาไทย โดยบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 300 คำ และภาษาไทยไม่ควรเกิน 400 คำ เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทยต้องสอดคล้องกัน การใช้ภาษาให้เหมาะสมเป็นประโยชน์สื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ และไม่มีการอ้างอิงในบทคัดย่อ

บทความวิจัย เขียนบทคัดย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ ความสำคัญ รูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และประโยชน์ของงานวิจัย

บทความวิชาการ เขียนบทคัดย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ เนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ และบทสรุป

คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยในการสืบค้นเข้าถึงบทความ ควรเป็นคำที่สั้น กระชับ ได้ใจความ และมีความหมาย ระบุทั้งภาษาอังกฤษ และภาษาไทย จำนวน 3-5 คำ

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความ

บทความวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์การวิจัย

สมมติฐานการวิจัย (การวิจัยเชิงทดลอง)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
การเก็บรวบรวมข้อมูล
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

การอภิปรายผล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

บทความวิชาการ

บทนำ (Introduction)

เนื้อหา

บทสรุป (Conclusions)

ส่วนที่ 3 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Citation and References lists)

1. การอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ American Psychological Association (APA) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 (7th ed.) โดยมีการอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงในเอกสารอ้างอิงท้ายบท
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ หรือตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎี หรือปรัชญา
3. รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ แล้วให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ
4. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 30 รายการ
5. ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 อย่างเคร่งครัด

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

การเขียนอ้างอิงชื่อบุคคลในเนื้อหา ในกรณีที่เป็นคนไทยให้ระบุชื่อ ตามด้วยนามสกุล เป็นภาษาไทยไว้นอกวงเล็บ และภายในวงเล็บให้ระบุเฉพาะนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น กรรณิการ์กันธะรักษา (Kantaruksa, 2022) หากผู้ถูกอ้างอิงเป็นชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล เช่น แบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นต้น

การเขียนอ้างอิงท้ายบท (References list)

1. การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง ให้เรียงนามสกุลของผู้เขียนตามลำดับพยัญชนะ A ถึง Z
2. กรณีผู้เขียนคนแรกเป็นคนเดียวกันและมีผลงานหลายเรื่อง ให้เรียงลำดับผลงานตามลำดับปีที่พิมพ์ โดยเริ่มจากปีที่พิมพ์ก่อน

3. เรียงลำดับผลงานที่มีผู้เขียนคนเดียวก่อนผลงานที่มีผู้เขียนร่วมถึงแม้จะพิมพ์ก่อน โดยเรียงลำดับตามอักษรของนามสกุล

4. กรณีมีผู้เขียนหลายคน ให้เรียงลำดับตามอักษรของนามสกุลผู้เขียนคนแรกและคนต่อ ๆ ไปตามลำดับ

5. การอ้างอิงผู้เขียนคนเดียวกัน หรือหลายคนที่มีผลงานหลายเรื่องในปีเดียวกัน ให้เรียงลำดับตามอักษรของชื่อเรื่อง (ไม่รวมคำว่า A หรือ The) โดยใช้อักษร a, b, c ตามลำดับปีที่พิมพ์

ตัวอย่างรูปแบบการเขียนอ้างอิงท้ายบทจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มีดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงจากวารสาร

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารเชิงวิชาการที่เป็นรูปเล่ม

Krikitrat, P., & Sriarporn, P. (2022). Encouraging fathers to support breastfeeding: The role of nurse-midwife. *Nursing Journal CMU*, 49(1), 329-339. (in Thai)

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ระบุหมายเลขรหัส doi

Robinson, P. (2021). Long COVID and breathlessness: An overview. *British Journal of Community Nursing*, 26(9), 438-443. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.9.438>

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ไม่ได้ระบุหมายเลขรหัส doi

World Health Organization. (2022). *WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard*. <https://covid19.who.int/>

ตัวอย่างการอ้างอิงในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 19 คน (ให้ระบุผู้เขียนคนที่ 1-19 ทุกคน หลังจากนั้นให้ใส่สัญลักษณ์จุด ... สามจุด โดยเว้นระยะ 1 ช่วงตัวอักษรในตำแหน่งหน้าจุดและหลังจุด และปิดท้ายด้วยชื่อผู้เขียนคนสุดท้าย)

Wang, X., Li, Y., O'Brien, K. L., Madhi, S. A., Widdowson, M. A., Byass, P., Omer, S. B., Abbas, Q., Ali, A., Amu, A., Azziz-Baumgartner, E., Bassat, Q., Brooks, W. A., Chaves, S. S., Chung, A., Cohen, C., Echavarría, M., Fasce, R. A., Gentile, A., ... Respiratory Virus Global Epidemiology Network. (2020). Global burden of respiratory infections associated with seasonal influenza in children under 5 years in 2018: A systematic review and modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(4), e497–e510.

2. การเขียนอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

Murdaugh, C. L., Pender, N. J., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). Pearson.

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Cunningham, F., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (Eds.). (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). McGraw Hill.

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Suwonnaroop, N., Piyopasakul, W., & Panitrat., R. (2016). Thailand: Nursing theory and theory-based education, practice, and research. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Global perspectives* (5th ed., pp. 198-212). Pearson Education.

3. การเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ได้จากเว็บไซต์

Axford, J. C. (2007). *What constitutes success in Pacific Island community conserved areas?* [Doctoral dissertation, University of Queensland, Brisbane, Australia]. <http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:158747>

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์

Knight, A. (2001). *Exercise and osteoarthritis of the knee* [Unpublished master's thesis]. Auckland University of Technology.

4. การอ้างอิงจากรูปภาพหรือแผนภาพ

รูปภาพหรือแผนภาพควรเป็นต้นฉบับที่ผู้เขียนจัดทำเอง หากนำมาจากแหล่งอื่น ควรได้รับอนุญาตจากเจ้าของ และอ้างอิงแหล่งที่มาตามรูปแบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 สำหรับคำบรรยายให้พิมพ์ได้ภาพ

การส่งบทความต้นฉบับ

1. ผู้เขียนต้องลงทะเบียน (Register) เป็นสมาชิกของระบบ ThaiJo หรือหากเป็นสมาชิกของระบบThaiJo แล้วสามารถ log in เข้าสู่ระบบได้ และปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานระบบ เพื่อดำเนินการส่งบทความผ่านเว็บไซต์พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามขั้นตอน โดยสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำการใช้งานระบบวารสารของผู้เขียนของระบบ ThaiJo ได้

2. ดาวโหลดแบบฟอร์มการขอส่งบทความ ผ่านทางหน้าเว็บไซต์ระบบ ThaiJo ของ
พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ URL: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing>
โดยกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

3. ผู้เขียนส่งเอกสารผ่านทางหน้าเว็บไซต์ระบบ ThaiJo ดังนี้

3.1 บทความต้นฉบับเป็นไฟล์ word นามสกุล (.docx)

3.2 แบบฟอร์มการนำส่งบทความของวารสาร

3.3 สำหรับบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องส่งสำเนาเอกสารรับรอง
โครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กองบรรณาธิการพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เลขที่ 110/406 ถนนอินทวิโรด ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
เบอร์ติดต่อ 053-949100

<p>Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China</p> <p>ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน</p> <p>Hua Li หั่ว ลี</p> <p>Chomphoonut Srirat ชมพูนุท ศรีรัตน์</p> <p>Chiraporn Tachaudomdach จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช</p>	<p>1-12</p>
<p>Health Literacy and Medication Adherence Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture, the People's Republic of China</p> <p>ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตปกครองตนเองชาติไท่ ลีบสองป๋นนา สาธารณรัฐประชาชนจีน</p> <p>Xiyuan Peng ซีหยวน เฝิง</p> <p>Jindarat Chaiard จินดารัตน์ ชัยอาจ</p> <p>Chomphoonut Srirat ชมพูนุท ศรีรัตน์</p>	<p>13-26</p>
<p>Back Pain Management Among Patients after Transfemoral Coronary Angiography: A Systematic Review</p> <p>การจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ</p> <p>นรลักษณ์ เอื้อกิจ Noraluk Ua-Kit</p> <p>ธัญญลักษณ์ ตาทอง Thunyaluk Tatong</p>	<p>27-42</p>
<p>The Perception of Exercise in Patients with Acute Myocardial Infarction</p> <p>การรับรู้การออกกำลังกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน</p> <p>เรวดี เสนากลาง Raywadee Sanaklang</p> <p>มะลิวรรณ ศิลารัตน์ Maliwan Silarat</p> <p>วาสนา รวยสูงเนิน Wasana Ruaisungnoen</p>	<p>43-56</p>

<p>The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention</p> <p>ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>จิรพงศ์ ศรีเทพ Jirapong Srithep นรลักษณ์ เอื้อกิจ Noraluk Ua-Kit</p>	<p>57-70</p>
<p>Needs and Received Needs Responses Among Families of Critically Ill Patients at a University Hospital in Bangkok</p> <p>ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร</p> <p>ชานนท์ ชานนไต้ Chanon Khanantai รัชชуда วงศ์ปัญญาดี Ratchuda Wongpanyadee</p>	<p>71-87</p>
<p>Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit</p> <p>ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม</p> <p>ชฎารัตน์ ไชยตัน Chadarat Chaitan จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช Chiraporn Techaudomdach มยุลี สำราญญาดี Mayulee Somrarnyart</p>	<p>88-106</p>
<p>Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds</p> <p>ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่</p> <p>ธัญญาลักษณ์ อภิชัย Tanyaluk Apichai สุภารัตน์ วังศรีคุณ Suparat Wangsrikhun นัทธมน วุฒานนท์ Nuttamon Vuttanon</p>	<p>107-120</p>

<p>Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention Among Guardians of Middle School Girls in Communities</p> <p>ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน</p> <p>เนตรนภา ศรีอินทร์คำ Netnapa Sri-inkum</p> <p>สุมาลี เลิศมัลลิกาพร Sumalee Lirtmunlikaporn</p> <p>วิลาวรีย์ เตือนราชฎร์ Wilawan Tuanrat</p>	<p>181-195</p>
<p>The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention Towards COVID-19 Among Junior High School Students in Bang Soa Thong District Samut Prakan Province</p> <p>ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ</p> <p>ชุตินา สร้อยนาค Chutima Soynak</p> <p>กัลยา มั่นล้วน Kanlaya Munluan</p> <p>อัจฉรา เดชขุน Adchara Dejkun</p> <p>กันยา สุวรรณศรีจันทร์ Kanya Suwankerekhun</p>	<p>196-209</p>
<p>Effectiveness of the Knowledge and Practices for Infection Transmission Prevention Promotion Program Among Relatives of Patients in Medical Wards</p> <p>ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม</p> <p>กุลธิดา จันทร์จาด Koontida Chanchad</p> <p>นงศ์คราญ วิเศษกุล Nongkran Viseskul</p> <p>นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล Nongyao Kasatpibal</p>	<p>210-226</p>
<p>Factors Related to Sleep Quality Among First Time Fathers</p> <p>ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก</p> <p>นิษฐา คำแสน Nittha Khamsaen</p> <p>นันทพร แสนศิริพันธ์ Nantaporn Sansiriphun</p> <p>จิราวรรณ ดีเหลือ Jirawan Deeluea</p>	<p>227-240</p>

Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors,
and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students
in the Bachelor of Nursing Science Curriculum

241-256

การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะ
ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ชุลีกร	ด้านยุทธศิลป์	Chuleekorn	Danyuthasilpe
แสงเดือน	อภิรัตน์วงศ์	Sangduan	Apiratanawong
ระวีวรรณ	พิไลเกียรติ	Raweevan	Pilaikiat
อลงกรณ์	อักษรศรี	Alongkorn	Aksornsri

Modifying Attitudes for Reducing Alcohol-drinking Behaviors Among Thai People	257-267
การปรับเจตคติเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของคนไทย	
ศิริลักษณ์ ปัญญา Siriluck Panya	
ยุวดี แตรประสิทธิ์ Yuwadee Traprasit	
Nursing Care for Newborn Infants with Critical Congenital Heart Disease	268-287
undergoing Therapeutic Cardiac Catheterization: A Case Study	
การพยาบาลทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต	
ที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา: กรณีศึกษา	
จิรวัชร์ เกษมสุข Chirawachr Kasemsook	
วราพรรณ วงษ์จันทร์ Waraphan Wongchan	
อังควิภา ททรัพย์รุ่งเรือง Ankavipar Saprungruang	
Enhancing the Competency of Utilization Review Nurses Through 21st –Century Skills:	288-301
Case Study of Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital,	
Mahidol University	
การเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21:กรณีศึกษา	
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	
จุฬาลักษณ์ สุขสบาย Julaluk Suksabai	



สารจากบรรณาธิการ

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน) ปีที่ 51 ปัจจุบันวารสารได้ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และได้รับการจัดอันดับวารสารไทยในฐานะข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1 โดยบทความทั้งหมดได้ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในรูปแบบ Double-blinded review ส่งผลให้บทความแต่ละเรื่องมีคุณภาพ นำไปใช้อ้างอิงทางวิชาการ และนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลได้

วารสารฉบับนี้ ได้นำเสนอบทความที่หลากหลายและน่าสนใจ จำนวน 20 เรื่อง เป็นบทความวิจัย 17 เรื่อง และบทความวิชาการ 3 เรื่อง สำหรับบทความวิจัย เป็นบทความภาษาอังกฤษ 2 เรื่อง ดังเช่น Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China และเป็นบทความภาษาไทย 15 เรื่อง ประกอบด้วยบทความด้านการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 8 เรื่อง ดังเช่น การจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณ ขาหนีบ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เป็นต้น บทความด้านเวชปฏิบัติชุมชน 4 เรื่อง ดังเช่น ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น บทความด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ 1 เรื่อง ได้แก่ ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ด้านการผดุงครรภ์ 1 เรื่อง ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ด้านการศึกษาทางการพยาบาล 1 เรื่อง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับบทความทางวิชาการในฉบับนี้มี 3 เรื่อง ดังเช่น การเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: กรณีศึกษา ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น บทความทั้งหมดนี้ ผู้สนใจสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ยินดีรับบทความวิจัย และบทความวิชาการ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอขอบคุณผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความกรุณา กลั่นกรองบทความและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้บทความมีคุณภาพ เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะร่วมกันพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพตามมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กั้นระรักษา

บรรณาธิการ



**Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons
with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China***
**ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอด
ที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน***

Hua	Li **	ห้าว	ลี่**
Chomphoonut	Sirat***	ชมพูนุท	ศรีรัตน์***
Chiraporn	Tachaudomdach****	จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช****

Abstract

Chemotherapy is the main treatment for lung cancer and will affect health-related quality of life (HRQoL). Moreover, chemotherapy can cause psychological problems which directly affect a patient's resilience. The objectives of this study were to examine resilience and HRQoL, and the relationship between resilience and HRQoL among persons with lung cancer completing chemotherapy. Purposive sampling was used to recruit 134 participants from the Affiliated Hospital of Chengdu University in China. The research instruments included a basic patient information form, the Resilience Scale Specific for Cancer (RS-SC-25), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Lung Cancer-43 (EORTC QLQ-LC-43). Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation test.

The result of this study revealed that the mean score for resilience was 71.43 ± 18.11 . For HRQoL, the mean score of global health status was 60.70 ± 28.37 . The top three problems in terms of the general symptoms aspect were financial difficulty, fatigue, and insomnia. The top three problems regarding specific lung cancer symptoms were dyspnea, chest pain, and coughing. Resilience was positively significantly correlated with the positive aspects of HRQoL at a high level (global health status, role function, and emotional function) ($r_s = .78, .72, \text{ and } .71, p < .01$, respectively), and negatively significantly correlated with the negative aspects (fatigue, dyspnea, and appetite loss) ($r_s = -.72, -.64, \text{ and } -.60, p < .01$, respectively).

The results of this study are potentially useful for promoting resilience among persons with lung cancer who have completed chemotherapy in China, which might improve their HRQoL. In addition, an interventional research design may be considered in the future.

Keywords: Resilience; Health-related quality of life; Lung cancer; Completing chemotherapy

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University; email: hua_l@cmu.ac.th

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 28 August 2023; Revised 21 November 2023; Accepted 23 November 2023



Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons
with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China
ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอด
ที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน

บทคัดย่อ

การได้รับยาเคมีบำบัด เป็นการรักษาหลักสำหรับโรคมะเร็งปอด ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ นอกจากนี้ การได้รับยาเคมีบำบัดยังมีผลโดยตรงต่อความเข้มแข็งทางใจ วัตถุประสงค์ของการศึกษาคั้งนี้ เพื่อศึกษาความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลในสังกัดแห่งมหาวิทยาลัยเจียงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 134 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบฟอร์มข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank-order correlation test

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของความเข้มแข็งทางใจเท่ากับ 71.43 ± 18.11 สำหรับค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หมวดสภาวะสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 60.70 ± 28.37 ปัญหาของหมวดอาการทั่วไป 3 ลำดับแรก ได้แก่ ปัญหาทางการเงิน เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับ ปัญหาอาการเฉพาะของมะเร็งปอด 3 ลำดับแรก ได้แก่ หายใจเหนื่อย เจ็บปวดในอก และไอ ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับมิติทางบวกของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สภาวะสุขภาพโดยรวม การทำหน้าที่ด้านบทบาท และการทำหน้าที่ด้านอารมณ์) ($r_s = .78, .72, .71, p < .01$ ตามลำดับ) และ มีความสัมพันธ์ทางลบกับมิติทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เหนื่อยล้า หายใจเหนื่อย และเบื่ออาหาร) ($r_s = -.72, -.64, -.60, p < .01$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษา นี้ อาจจะเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนความเข้มแข็งทางใจ ในผู้ที่เป็นมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบในประเทศจีน ซึ่งอาจจะเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ และควรพิจารณาการออกแบบการวิจัยเชิงทดลองในอนาคต

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งทางใจ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มะเร็งปอด การได้รับยาเคมีบำบัดครบ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
email: hua_l@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 28 สิงหาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 21 พฤศจิกายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 23 พฤศจิกายน 2566



Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China

ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอด ที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน

Background and significance

Lung cancer, the most common cancer, is the leading cause of cancer deaths worldwide. Around 2.2 million new cases and around 1.8 million deaths from lung cancer were recorded in 2020 (Sung et al., 2021). Chemotherapy, as the main treatment for lung cancer, has many side effects (Polanski et al., 2016), some of which may persist for months after the end of chemotherapy, such as peripheral neuropathy (Staff et al., 2017). At the same time, chemotherapy drugs may also cause long-term damage to the lungs, kidneys, heart, and other organs, which will affect subsequent treatment (Zeien et al., 2022). These problems may result in prolonged and even increasing lengths of stay and are closely related to medical costs which can lead to increased financial burden, further affecting patients' emotions and social support (Lugg et al., 2016). Therefore, chemotherapy may affect lung cancer patients' subsequent treatment outcomes as well as their HRQoL, meaning that patients completing chemotherapy will experience varying levels of HRQoL.

HRQoL refers to subjective perceptions of the positive and negative aspects of a cancer patient's symptoms (Aronson et al., 1993). HRQoL among people with lung cancer is generally lower than that of other cancer patients due to the high morbidity and mortality, low cure rates, and significant treatment burdens (Polanski et al., 2016). Moreover, patients receiving chemotherapy for lung cancer have a lower HRQoL than patients receiving radiotherapy or surgery, and the HRQoL of lung cancer patients who have completed chemotherapy is also lower than before chemotherapy (Li et al., 2022). Nonetheless, HRQoL ratings in different domains may vary depending on disease, treatment, and patient characteristics including age, cancer type, and others (Polanski et al., 2016). While some factors cannot be changed or controlled by the patient, there are specific factors which are exceptions which include self-efficacy, social support, and resilience (Chen et al., 2018). Resilience can be employed not only as an independent factor affecting HRQoL, but also as a mediator of the effects of self-efficacy and social support on HRQoL (Lee & Jeong, 2019).

Resilience is the capacity to resist negative psychosocial and physical responses when encountering a traumatic event (Ye et al., 2018). Persons with lung cancer show a lower level of resilience than persons with nasopharyngeal or head and neck cancers (Wu et al., 2022; Xiang et al., 2022). Existing studies on resilience in lung cancer patients tend to focus on patients undergoing treatment. However, chemotherapy can cause not only physical problems, but also a series of psychological problems (anxiety and depression), which will directly affect the patient's resilience, resulting in a lower level of HRQoL. Therefore, this study is needed.

In the existing literature, a positive correlation between resilience and HRQoL in persons with lung cancer has been confirmed (Wang et al., 2017). However, more uncertain are the levels of resilience and HRQoL of persons with lung cancer completing chemotherapy, as well as whether the relationship between resilience and HRQoL still has a positive correlation and whether nurses can promote the HRQoL of lung cancer patients who have completed



Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China

ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน

chemotherapy by improving resilience.

The results from this study will provide basic knowledge regarding resilience and HRQoL among persons with lung cancer completing chemotherapy. The information gained can be used as a basis for developing strategies or interventions to promote HRQoL through improving resilience among this group in the future.

Objectives

To describe resilience and HRQoL, and to examine the relationship between resilience and HRQoL among persons with lung cancer completing chemotherapy in China.

Conceptual framework

The concept of resilience defined by Ye et al. (2018) was applied as the conceptual framework for this study. Persons with lung cancer completing chemotherapy may encounter various physiological, psychological, and social support problems, along with side effects, and related symptoms, resulting in impaired HRQoL. In this study, resiliency is regarded as the capacity to improve HRQoL. Resilience manifests in five aspects: generic elements, benefit finding, support and coping, hope for the future, and meaning for existence, and might help persons with lung cancer who complete chemotherapy to effectively control their overall symptoms and maintain their functioning, which, in turn, will affect their HRQoL. If lung cancer patients completing chemotherapy show low resilience, overall HRQoL as well as its specific dimensions may be negatively affected.

Methodology

Population and sampling

The participants were persons diagnosed with primary lung cancer who had completed chemotherapy in hospitals and followed up in an outpatient department (OPD) which included thoracic, oncology, and respiratory units, in Chengdu, China. Inclusion criteria were as follows: 1) having completed all courses of chemotherapy for at least three months; 2) age above 18 years old; 3) ability to read and write Chinese language; and 4) having volunteered to participate in the study. Participants were excluded if they had a history of mental illness or other chronic disease (e.g., COPD, hypertension, heart failure, or stroke) in their medical record.

The sample size was calculated based on G * power analysis, $\alpha = .05$, and the power of the test of $1-\beta = .95$ was used in this study (Polit & Beck, 2004). According to the previous related research results from Wang et al. (2017), an effect size of .3 was adopted. Thus, the calculated sample size was 134.

Research instruments

The research instruments in this study included three parts:

1. The basic patient information form included the demographic and clinical information of the persons with lung cancer who had completed chemotherapy, i. e., age, gender, marital status,



Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอด ที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน

living arrangement, education level, employment, types of medical expenses, income status, type of lung cancer, lung cancer stage, time of completed chemotherapy, type of chemotherapy, other treatment, and number of comorbidities.

2. The Chinese version of the RS-SC-25 was developed by Ye et al. (2018) to assess resilience in cancer patients. It consists of 25 items within five dimensions: generic elements, benefit finding, support and coping, hope for the future, and meaning for existence. Using a Likert 5-level scoring method, a higher score reflected a higher level of resilience. The Cronbach's α was .97.

3. The Chinese version of the EORTC QLQ-LC-43 was made up of the QoL Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ-C30) and the QoL Questionnaire Lung Cancer-13 (QLQ-LC13), developed by Aaronson et al. (1993) and Bergman et al. (1994), and translated into Chinese by Wan et al. (2008).

The EORTC QLQ C30 is a 30-item, cancer-specific HRQOL scale manifested in three aspects: functioning (physical, role, emotional, cognitive, and social), general symptoms (fatigue, nausea and vomiting, pain, dyspnea, insomnia, appetite loss, constipation, diarrhea, and financial difficulty), and global health status (Aaronson et al., 1993).

Lastly, the EORTC QLQ L13 is a 13-item scale measuring dyspnea and other symptoms resulting from lung cancer and its treatment (Bergman et al., 1994). Except for the global health status dimension (ranging from 1 “very poor” to 7 “excellent”), all other items in the scale are expressed on a scale of 1-4. Each functional domain or symptom scale/item is converted to a 0–100 scale based on the scoring guidelines. Higher scores represent either better HRQOL on functional scales and the global health scale, or worse symptoms on symptom scales/items (Aaronson et al., 1993; Bergman et al., 1994). The Cronbach's α ranged from 0.72 to 0.89.

Ethical considerations

The study was approved by the Research Ethics Review Committee of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand (Approval number: 060/2022, study code: 2022-EXP039). Hospital administrators gave permission to collect data at three units in the OPD at the Affiliated Hospital of Chengdu University, China. Participants were free to decline, stop, or withdraw at any time during the study.

Data collection

The researcher obtained the registration and booking information of persons who met the inclusion criteria from the hospital computer system in the OPD and then visited the patients to explain the research purpose and methods. Once participants agreed to participate, they were requested to sign the consent form. Then, their clinical information was recorded from the computer system by the researcher, and the RS-SC-25 and EORTC QLQ-LC-43 questionnaires and demographic data form were provided to participants to complete by themselves without any suggestions from the researcher. Completion of the questionnaire took 20-30 minutes and was done while the participants were waiting to see their physicians. The researcher was unable to



**Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons
with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China**
**ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอด
ที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน**

suggest possible answers. All data collection was finished before patients saw their doctors.

Data analysis

Data were entered and analyzed using the SPSS 23.0 software. The demographic data and clinical information were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The score for the RS-SC-25 and EORTC QLQ-LC-43 were analyzed using mean, range, and standard deviation. The correlation between resilience and each sub-scale and single items of HRQoL were analyzed using Spearman's rank-order correlation test due to non-normal distribution of the data.

Results

A total of 134 participants consented to join the study with a mean age of 65.01 ± 8.47 . Over half of the participants were male (69.40%), married (82.83%), and retired (83.58%). All the participants had comorbidities (100%), while 38.06% had metastasis. More than half of the participants had completed chemotherapy within 12 months (57.46%). Most participants were diagnosed with NSCLC (89.55%). (Table 1).

The overall mean score for resilience was 71.43 ± 18.11 . In terms of dimensions, the mean score of generic elements, hope for the future, support and coping, benefit finding, and meaning for existence were 16.45 ± 5.26 , 15.09 ± 4.35 , 14.68 ± 3.95 , 12.67 ± 3.28 , and 12.54 ± 3.46 , respectively. (Table 2)

Regarding HRQoL, the mean score for global health status was 60.70 ± 28.37 . In terms of the functioning aspects, emotional function had the highest mean score (78.05 ± 19.96) while social function had the lowest mean score (51.74 ± 25.87). The top three problems in the general symptoms' aspect were financial difficulty (53.48 ± 33.71), fatigue (35.74 ± 30.54), and insomnia (29.60 ± 30.22). The major problems of specific lung cancer symptoms were dyspnea (28.94 ± 21.84), chest pain (18.16 ± 28.21), and coughing (16.42 ± 23.39). (Table 2)

Resilience was significantly positively correlated with the positive aspects of HRQoL at a high level (global health status, role function, and emotional function) ($r_s = .78, .72$, and $.71, p < .01$, respectively). In contrast, resilience was significantly negatively correlated with the negative aspects (fatigue, dyspnea, and appetite loss) ($r_s = -.72, -.64$, and $-.60, p < .01$, respectively). (Table 3)

Table 1 Frequency, Percentage, Mean \pm Standard Deviation (SD), and Range of Demographic and Clinical Information (n = 134)

Item description	Frequency n	Percentage %	Item description	Frequency n	Percentage %
Age (years) (Mean \pm SD = 65.01 ± 8.47 , Range = 47-92)			Completed time (months) (Mean \pm SD = 22.13 ± 29.10 , Range = 3-204)		
≤ 50	6	4.48	≤ 12	77	57.46
51-60	36	26.86	≥ 13	57	42.54
≥ 61	92	68.66			



**Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons
with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China**
**ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอด
ที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน**

Table 1 Frequency, Percentage, Mean \pm Standard Deviation (SD), and Range of Demographic and Clinical Information (n = 134) (continue)

Item description	Frequency n	Percentage %	Item description	Frequency n	Percentage %
Gender			The type of lung cancer		
Male	93	69.40	SCLC*	14	10.45
Female	41	30.60	NSCLC**	120	89.55
Marital status			The stage of lung cancer***		
Married	111	82.83	Stage I	12	8.96
Unmarried	1	0.75	Stage II	45	33.58
Other	9	16.42	Stage III	36	26.87
Living arrangement			Stage IV	27	20.15
Alone	2	1.49	Metastasis		
With spouse	56	41.79	Yes	51	38.06
With children	24	17.91	No	83	61.94
With spouse and children	51	38.06	Employment status		
With others	1	0.75	Incumbency	14	10.45
Education level			Retirement	112	83.58
Primary school	33	24.63	Others	8	5.97
Middle school	50	37.31	Monthly household income		
High school	32	23.88	< 5,000 (CNY)/month	20	14.93
Associate's and above	19	14.18	5,000-10,000 (CNY)/month	48	35.82
Medical insurance			> 10,000 (CNY)/month	66	49.25
Yes	134	100%			
Any other comorbidity					
Yes	134	100			

Note. * Small-cell lung carcinoma

** Non-small-cell lung carcinoma

*** The information regarding SCLC is not recorded in the computer system.

Table 2 Mean \pm SD of Overall and Each Dimension of Resilience and Perceived HRQoL (n = 134)

Resilience score		Resilience score	
Item description	Mean \pm SD	Item description	Mean \pm SD
Overall	71.43 \pm 18.11	Support and coping	14.68 \pm 3.95
Generic elements	16.45 \pm 5.26	Benefit finding	12.67 \pm 3.28
Hope for the future	15.09 \pm 4.35	Meaning for existence	12.54 \pm 3.46



**Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons
with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China**
**ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอด
ที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน**

Table 2 Mean \pm SD of Overall and Each Dimension of Resilience and Perceived HRQoL (n = 134)
(continue)

HRQoL score		HRQoL score	
Item description	Mean \pm SD	Item description	Mean \pm SD
Functioning		Global health status	60.70 \pm 28.37
Emotional function	78.05 \pm 19.96	Lung cancer symptoms	
Cognitive function	75.12 \pm 21.89	Dyspnea	28.94 \pm 21.84
Physical function	69.80 \pm 25.19	Pain in chest	18.16 \pm 28.21
Role function	62.56 \pm 32.28	Coughing	16.42 \pm 23.39
Social function	51.74 \pm 25.87	Pain in other parts of the body	15.17 \pm 24.39
General symptoms		Alopecia	7.21 \pm 16.53
Financial difficulty	53.48 \pm 33.71	Pain in the arm or shoulder	6.97 \pm 20.06
Fatigue	35.74 \pm 30.54	Dysphagia	2.99 \pm 9.55
Insomnia	29.60 \pm 30.22	Peripheral Neuropathy	2.24 \pm 9.32
Dyspnea	28.61 \pm 28.66	Sore mouth	1.74 \pm 8.49
Appetite loss	27.11 \pm 27.47	Hemoptysis	1.49 \pm 6.92
Pain	22.14 \pm 30.23	Pain relief after medication*	60.42 \pm 13.22
Nausea/vomiting	6.59 \pm 12.60		
Constipation	6.22 \pm 15.39		
Diarrhea	5.72 \pm 16.62		

Note. *This is an optional item.

Table 3 Correlation (Spearman's rank-order) between Perceived Resilience and HRQoL

HRQoL	Resilience	HRQoL	Resilience	HRQoL	Resilience
Functioning		General symptoms		Lung cancer symptoms	
Physical function	.65**	Fatigue	-.72**	Dyspnea	-.64**
Role function	.72**	Nausea/vomiting	-.22**	Coughing	-.64**
Emotional function	.71**	Pain	-.48**	Hemoptysis	-.18*
Cognitive function	.69**	Dyspnea	-.54**	Dysphagia	-.25**
Social function	.64**	Insomnia	-.54**	Alopecia	-.30**
Global health status	.78**	Appetite loss	-.60**	Pain in chest	-.33**
		Constipation	-.22*	Pain in the arm or shoulder	-.35**
		Diarrhea	-.26*	Pain in the other parts of the body	-.35**
		Financial difficulty	-.42**		

Note. *p < .05 **p < .01



Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China

ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน

Discussion

Resilience

The overall score for resilience was 71.43 ± 18.11 in this study, which was lower than that for patients with nasopharyngeal and head and neck cancers (Wu et al., 2022; Xiang et al., 2022). Therefore, the resilience of persons with lung cancer who have completed chemotherapy requires more attention.

The lower capacity for resilience among persons completing chemotherapy may be related to age, working conditions, and current symptom burden. In this study, 83.58% of participants were retired, and 68.66% of patients were older than 60 years. Studies have shown that good working conditions will enable patients to find the value in life, and better fulfill their responsibilities and obligations, as well as make them more confident in the face of disease and treatment while demonstrating high adaptability; aging makes it difficult for them to have many plans for their lives or a strong sense of purpose in life (Hu et al., 2018).

Moreover, participants showed a good capacity in meaning for existence of resilience (12.54 ± 3.46) which may be related to the traditional Chinese view of life and death which advocates that all people are mortal. Meanwhile, the prognosis for lung cancer is closely related to the stage and classification of the disease. The disease's symptoms and its related complications not only aggravate a patient's anxiety and depression but also increase the related economic expenditures, which in turn, affects their resilience (Zhang et al., 2021). In this study, 57.47% of participants were at stage III or IV, or SCLC, while 100% had comorbidities and 38.06% had metastasis. However, this study demonstrated higher scores for resilience compared with the results of Chinese malignant tumor patients. Perhaps this is related to family support and education levels as well as the type of cancer (Ye, 2018).

Health-Related Quality of Life

The mean score for global health status was 60.70 ± 28.37 , which was higher than the results of Li et al. (2022), who reported that the pre-chemotherapy, during-chemotherapy, and post-chemotherapy global health status scores of lung cancer patients were 56.28 ± 17.32 , 55.09 ± 19.82 , and 51.50 ± 20.18 . Education level, family support, and insurance may contribute to higher levels of global health status. In this study, 75.37% of the participants had a middle school education or above; 97.76% of the participants lived with their spouse, children, or spouse and children; and 82.83% of them were in a marriage, while 100% of the participants had insurance.

In terms of the functioning aspect, the highest score was for emotional function (78.05 ± 19.96), higher than scores from a study by Li et al. about QoL in lung cancer patients related to emotional function (2022). In this study, 57.47% of participants were at stage III or IV, or had SCLC, but in Li et al.'s (2022) study, 99.09% of participants were at stage III or IV. The lowest score was for social function (51.74 ± 25.87) which was consistent with Li et al. (2022) and which may be due to unsatisfactory employment status. Retired participants in this study amounted to



Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอด ที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน

83.58%, which may lead to them think they are not useful in terms of their work or family.

Regarding the general symptoms' aspect, the top three problems were financial difficulty (53.48 ± 33.71), fatigue (35.74 ± 30.50), and insomnia (29.60 ± 30.22), which was consistent with a study by Huang and colleagues (2020) on HRQoL in persons with advanced lung cancer over 50 years old. In this study, all participants had medical insurance, and 49.25% of them had a family income of more than 10,000 (CNY)/month. However, China has not yet realized universal medical care, and patients need to pay different proportions of medical expenses according to different insurance types. Since lung cancer is a long-term disease requiring treatment, economic problems could seriously affect the quality of life of lung cancer patients.

The top three problems related to the lung cancer symptoms aspect were dyspnea, chest pain, and coughing which was slightly different from Huang et al. (2020) (dyspnea, coughing, and peripheral neuropathy) and may be due to the disease's progress and the duration of time for completion of chemotherapy. In this study, 57.47% of participants were at stage III or IV, or had SCLC, and 57.46% of participants had finished their chemotherapy within 12 months.

The relationship between resilience and HRQoL

The results of this study showed that resilience was positively correlated with the positive aspects (functioning and global health status) and negatively correlated with the negative aspects (general symptoms and lung cancer symptoms) of HRQoL in patients who had completed chemotherapy for lung cancer. This suggests that people who completed chemotherapy for lung cancer with the higher resilience scores are more likely to have better HRQoL. This result is consistent with the results of existing research findings (Wang et al., 2017).

A high capacity for resilience demonstrates high receptivity, strong social attitudes, humor and optimism, and strong personal decision-making skills. These traits help people to cope better with lung cancer and the changes it brings, helping them recover more quickly from the disease and its effects (Ye et al., 2018). Also, they will gradually shift their attention from other things to their family, and better understand their families. In addition, persons with lung cancer who have high resilience can effectively cope with lung cancer through physical activity, a healthy diet, hobbies, and other ways to promote physical health (Ye et al., 2018). They can also effectively manage symptoms of lung cancer and side effects based on their doctors' suggestions.

In addition, they can obtain better social support by promoting peer relationships, family cohesion, and medical staff relationships. Moreover, persons with lung cancer and high resilience will adjust their life plan according to the changes in their disease, actively participate in lung cancer treatment, have goals and hopes for the future, and demonstrate a love for life. Moreover, they are more at peace with the inevitability of death. Simultaneously, individuals can do their best to fulfill the obligations they have and recognize self-value in their remaining time (Ye et al., 2018). Consequently, individuals with higher scores of resilience tend to exhibit higher levels of HRQoL.



Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China

ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน

Conclusions and implications

This study is currently the foremost study in China to explore the relationships between resilience and HRQoL among persons with lung cancer who have completed chemotherapy. According to the findings, hospitals and nursing practice may have evidence to improve the HRQoL and resilience of lung cancer patients. Healthcare professionals should strengthen the continuity of care for lung cancer patients who have finished chemotherapy and promote the improvement of patients' mental resilience and health-related quality of life after chemotherapy. Nursing educators and managers can strengthen the continuing nursing training and education for nursing students and nurses for lung cancer patients after chemotherapy.

Recommendations

An interventional research design may be considered, to implement a program that can promote the resilience and HRQoL of persons with lung cancer.

References

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., Haes, J. C. J. M., de, Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M., & Takeda, F. (1993). The European organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, *85*(5), 365–376.
- Bergman, B., Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Kaasa, S., & Sullivan, M. (1994). The EORTC QLQ-LC13: A modular supplement to the EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. *European Journal of Cancer*, *30*(5), 635–642.
- Chen, H. L., Liu, K., & You, Q. S. (2018). Self-efficacy, cancer-related fatigue, and quality of life in patients with resected lung cancer. *European Journal of Cancer Care*, *27*(6), e12934. <https://doi.org/10.1111/ecc.12934>
- Hu, T., Xiao, J., Peng, J., Kuang, X., & He, B. (2018). Relationship between resilience, social support as well as anxiety/depression of lung cancer patients: A cross-sectional observation study. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, *14*(1), 72–77.
- Huang, Z. P., Cheng, H. L., Loh, S. Y., & Cheng, K. K. F. (2020). Functional status, supportive care needs, and health-related quality of life in advanced lung cancer patients aged 50 and older. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, *7*(2), 151–160.
- Lee, J. L., & Jeong, Y. (2019). Quality of life in patients with non-small cell lung cancer: Structural equation modeling. *Cancer Nursing*, *42*(6), 475–483.
- Li, P., Yu, J., Wang, X., Pang, X., Yu, C., & Xu, Y. (2022). Study on the evaluation of lung cancer patients from the three aspects of emotion. *Contrast Media & Molecular Imaging*, *8139680*. <https://doi.org/10.1155/2022/8139680>



Resilience and Health-Related Quality of Life Among Persons
with Lung Cancer Completing Chemotherapy in China
ความเข้มแข็งทางใจและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งปอด
ที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ ในสาธารณรัฐประชาชนจีน

- Lugg, S. T., Agostini, P. J., Tikka, T., Kerr, A., Adams, K., Bishay, E., Kalkat, M. S., Steyn, R. S., Rajesh, P. B., Thickett, D. R., & Naidu, B. (2016). Long-term impact of developing a postoperative pulmonary complication after lung surgery. *Thorax*, *71*(2), 171–176.
- Polanski, J., Jankowska-Polanska, B., Rosinczuk, J., Chabowski, M., & Szymanska-Chabowska, A. (2016). Quality of life of patients with lung cancer. *OncoTargets and Therapy*, *9*, 1023–1028. <https://doi.org/10.2147/OTT.S100685>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Staff, N. P., Grisold, A., Grisold, W., & Windebank, A. J. (2017). Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A current review. *Annals of Neurology*, *81*(6), 772–781.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *71*(3), 209–249.
- Wan, C., Zhang, C., Tu, X., Feng, C., Tang, W., Luo, J., & Meng, Q. (2008). Validation of the simplified Chinese version of the quality of life instrument EORTC QLQ-LC43 for patients with lung cancer. *Cancer Investigation*, *26*(5), 504–510.
- Wang, Q., Peng, H., & Chen, S. (2017). Study on correlation between quality of life and positive psychological characters of patients with lung cancer. *Chinese General Practice Nursing*, *15*(11), 1291-1293.
- Wu, L. P., Xiao, C. Q., Fan, Y. Y., & Luo, M. N. (2022). The correlation between psychological resilience and the quality of life among nasopharyngeal cancer patients undergoing radiotherapy. *Chinese Preventive Medicine*, *2022*, 2–7.
- Xiang, L. N., Wang, H. W., Zhu, Y., Zheng, M. M., Li, X. R., & Wang, S. M. (2022). Psychological resilience trajectory of patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy and its influencing factors. *Chinese Nursing Research*, *36*(18), 3202–3208.
- Ye, Z. J. (2018). *Development and validation of Resilience Scale Specific to Cancer (RS-SC) in Chinese patients with cancer diagnosis*. Traditional Chinese Medicine University of Guangzhou.
- Ye, Z. J., Liang, M. Z., Li, P. F., Sun, Z., Chen, P., Hu, G. Y., Yu, Y. L., Wang, S. N., & Qiu, H. Z. (2018). New resilience instrument for patients with cancer. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, *27*(2), 355–365.
- Zeien, J., Qiu, W., Triay, M., Dhaibar, H. A., Cruz-Topete, D., Cornett, E. M., Urts, I., Viswanath, O., & Kaye, A. D. (2022). Clinical implications of chemotherapeutic agent organ toxicity on perioperative care. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, *146*, 112503. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2021.112503>
- Zhang, J., Yin, Y., Wang, A., Li, H., Li, J., Yang, S., Wu, Y., & Zhang, J. (2021). Resilience in patients with lung cancer: Structural equation modeling. *Cancer Nursing*, *44*(6), 465–472.



Health Literacy and Medication Adherence Among Persons with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Xishuangbanna Dai
Autonomous Prefecture, the People's Republic of China*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตปกครองตนเองชาติไท
สิบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน*

Xiyuan	Peng**	ซีหยวน	เฟิง**
Jindarat	Chaiard***	จินดาร์ตัน	ชัยอาจ***
Chomphoonut	Srirat***	ชมพูนุท	ศรียรัตน์***

Abstract

Low rates of adherence to medication behaviors are expected among persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Health literacy may influence engagement in adherence to medication behaviors. This descriptive correlational study aimed to examine the relationship between health literacy and medication adherence among COPD patients. The sample included 120 ethnic minority participants with COPD in Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture. Research instruments included 1) a demographic information form; 2) the Chinese version of the Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Scale (FCCHL); and 3) the Medication Adherence Scale and Inhaler Adherence Scale (MAS and IAS). The Cronbach's alpha coefficients of the Chinese version of the FCCHL for each component were .82-.84, and the Medication Adherence Scale and Inhaler Adherence Scale correlation coefficient (r) values were .83. Using descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation, the data were analyzed.

The results demonstrated that the overall comprehensive health literacy mean score was 11.58 (SD = 3.86), and the average of overall medication adherence was 5.69 (SD = 2.70). Total health literacy strongly correlated with medication adherence ($r = .589$, $p < 0.01$).

The results of this research provide baseline information regarding the association between health literacy and oral and inhaled medication adherence among Chinese people with COPD.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease; Health literacy; Medication adherence

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: 328512049@qq.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 12 August 2023; Revised 24 November 2023; Accepted 27 November 2023



บทคัดย่อ

ความร่วมมือที่ต่ำในการรักษาด้วยยา เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้ด้านสุขภาพอาจมีผลต่อการความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นชนกลุ่มน้อย จำนวน 120 คน ในเขตปกครองตนเอง ชาติไทย ลีบสองปันนา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ และวิจารณ์ญาณ ฉบับภาษาจีน (FCCHL) และ 3) แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและยาพ่น (MAS และ IAS) คุณภาพของแบบประเมิน FCCHL ฉบับภาษาจีน มีค่า Cronbach's alpha coefficients ในแต่ละองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .82-.84 และแบบประเมิน MAS และ IAS มีค่า correlation coefficient (r) ที่ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Spearman's rank-order correlation

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 11.58 (SD = 3.86) คะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยรวมเท่ากับ 5.69 (SD = 2.70) ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ($r = .589, p < 0.01$)

ผลการศึกษานี้ แสดงถึงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยารับประทานและยาสูดพ่น ในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังชาวจีน

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้ด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษา

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
e-mail: 328512049@qq.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Background and significance

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) ranks as the sixth main cause of death in China, with a prevalence of 13.7% among those 40 years of age or older (Wang et al., 2018). In 2015, 3.2 million individuals in Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture died due to COPD which was expected to affect 104.7 million men and 69.7 million women worldwide (Naghavi et al., 2017). For Chinese people with COPD, maintaining a consistent medication schedule is an essential part of disease treatment. Various medications are recommended to control COPD symptoms, for example, inhaled COPD treatment, which consists of bronchodilators, anti-muscarinic drugs, and combination therapy (including long-acting beta2-agonists (LABA), antimuscarinics (including long-acting antimuscarinic antagonists (LAMA), and inhaled corticosteroids (ICS) (Chronic Obstructive Pulmonary Disease Group of Chinese Thoracic Society [CTS], 2021).

For illness prevention and improved quality of life, it is crucial to have a clear grasp of how to administer these medications and of their significance in daily use. Unfortunately, among the Chinese COPD population, only 10.8% of people take their medication as directed. Those who use inhaled bronchodilators have shown adherence rates of 36.3%, and ICS/LABA combination patients have adherence rates of 26.4%. Those using oral medicines have been shown to present adherence rates of just 1.7% (Chen et al., 2020). Medication adherence refers to the extent to which a person with COPD follows the prescribed dose, uses an interval inhaler, and follows oral medication regimens.

Numerous factors influence patient adherence to COPD treatment, including socioeconomic variables (e.g., age, sex, level of education, physical and mental condition) and health literacy (Brown et al., 2016). Notably, compared to individuals with adequate health literacy, patients with low health literacy were likely to forget and take fewer medications as recommended by the physician (Mayo-Gamble & Mouton, 2018).

The health literacy of patients with COPD reflects their cognitive and social abilities, which determine the motivation and ability of those individuals to gain access to, comprehend, and use information as well as to utilize health-promoting information, and it has three dimensions (levels): functional, interactive, and critical health literacy (Nutbeam, 2008). Patients with COPD usually have numerous comorbidities, and they require intricate treatment plans and numerous medical consultations (Smith & Wrobel, 2014) which require extensive knowledge and skills that assist patients in better understanding pharmacological therapy and in using medications appropriately. In addition, COPD states are associated with complex medication regimens (CTS, 2021). This complexity of medication use requires patients to manage it using knowledge, understanding, and skills.

There are 25 ethnic minority groups besides the Han ethnic group in Yunnan province. Every ethnic group has its own unique culture, religion, diet, and lifestyle, which leads to beliefs for



Health Literacy and Medication Adherence Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture, the People's Republic of China

ความรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
เขตปกครองตนเองชาติไท ลีซวงปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน

each ethnic minority group (Liu et al., 2020). According to Agarwal et al. (2021), medication adherence may be hampered by the beliefs of patients from their various racial and cultural backgrounds. Even though there have been studies concentrating on the relationship between health literacy and medication adherence for other states, the findings cannot be generalized to ethnic minorities in China. Therefore, the relationship between health literacy and medication adherence among ethnic minority COPD patients must be investigated.

These findings will enable nurses to have a better understanding of the health literacy and medication adherence of patients with COPD, as well as of the link between these two variables. Identification of predictors of medication adherence might help in the use of interventions that could improve medication adherence in the COPD population.

Objectives

1. To explore the health literacy among persons with COPD in Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture, the People's Republic of China.
2. To explore medication adherence among persons with COPD in Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture, the People's Republic of China.
3. To examine the relationship between health literacy and medication adherence among persons with COPD in Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture, the People's Republic of China.

Conceptual framework

The study framework incorporated Nutbeam's theory of health literacy (Nutbeam, 2008) along with a review of the literature on medication adherence. Medication adherence for COPD is the extent to which a person with COPD follows the prescribed inhaler and oral medication regime, including dosing, timing, taking, and persistence (Bethany & Ahna, 2014). There is a complexity of medication used, including oral medication and various inhalation therapies. Health literacy refers to the social and cognitive ability of persons with COPD, which, in turn, influence the motivation and ability to access, assimilate, and apply health-promoting information. It is composed of functional, interactive, and critical health literacy. COPD patients with lower health literacy find reading and understanding related inhaler and oral medication information more challenging. As a result, these persons will not be able to make optimal use of available information about COPD to consider critically what is best for them, which will create more barriers when interacting and communicating with their health care providers regarding inhaler and oral medication treatment, leading to poorer knowledge about their condition(s) and about medication management. In addition, individuals with COPD and lower rates of health literacy may have lower medication adherence rates. In contrast, those with a higher level of health literacy are more likely to adhere to their medications.



Methodology

This was a descriptive correlation study.

Population and sample

Patients with COPD receiving outpatient treatment at the People's Hospital of Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture (PHXSBNDAP) and The First People's Hospital of Jinghong City (FPHJC) were recruited using purposive sampling.

Computer software (G * Power 3.1.9.7) and the G * Power analysis were used to confirm the sample size. A correlation coefficient of 0.25 was adapted for effect size. The conventional standard for power ($1-\beta$) was 0.8, and the type I error (α) was set at 0.05 (Polit & Beck, 2003). The calculated sample size was 120, and purposive sampling was used to select the sample from each hospital according to the proportion of the population, resulting in 80 patients from the People's Hospital of Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture and 40 from the First People's Hospital of Jinghong City.

The following were the criteria for inclusion: 1) having had a COPD diagnosis for over six months, at any stage, and over 35 years old; 2) having no cognitive impairment as screened by the Six-Item Screener (SIS) > 4; 3) using both inhaler and oral medication for treating COPD; 4) having the capacity to comprehend and speak Chinese; and 5) willingness to participate in the present study.

The exclusion criteria were as follows: 1) persons with COPD who were in acute exacerbation and dyspnea and could not answer or be interviewed, and 2) persons with COPD who had been diagnosed with psychological problems or who were taking antipsychotic medication.

Research instruments

There were four instruments used in this study: 1) the Cognitive Impairment Screening Instrument Including the Six-Item Screener (SIS) (Callahan et al., 2002); 2) the Demographic Data Form, designed by the researcher; 3) the Chinese version of the Functional, Communicative, and Critical Health Literacy scale (FCCHL), devised by Ishikawa et al. (2008) and translated by Zhang et al. (2018); and 4) the Medication Adherence Scale and Inhaler, created by Dolce et al. (1991). In this investigation, the Cronbach's alpha for the 14-item FCCHL was .94.

The FCCHL scale is composed of 14 items which are categorized into three levels: low, moderate, and high health literacy. The range of total item scores was 14 to 56, with a choice of 1 = never, 2 = rarely, 3 = sometimes, or 4 = frequently for each item. Higher scores indicated a higher level of health literacy (Ishikawa et al., 2008). The scores were classified into low, moderate and high level by using the class interval.

The Medication Adherence Scale and the Inhaler Adherence Scale consist of two subscales: The Medication Adherence Scale (MAS) and the Inhaler Adherence Scale (IAS), the first of which is for oral medications and the second to monitor inhaler use. Each scale consisted of six items



Health Literacy and Medication Adherence Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture, the People's Republic of China

ความรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
เขตปกครองตนเองชาติไท ลีบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน

that answered straightforward yes-no questions (no = 1; yes = 0; scale score = total of "no" replies). A total score between 0 and 12 was calculated from the numeric replies to the 12 items. A 'yes' response received a score of 0 and a 'no' response received 1, with a higher score indicating inhaler adherence (Dolce et al., 1991).

Ethical considerations

The ethics committees, including the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand (EXP058/2021); The People's Hospital of Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture; and The First People's Hospital of Jinghong City, China, approved of the study. In addition, participants received a pamphlet describing the objectives of the study, and participation was completely voluntary. They were informed that whether they participated, their treatment as patients would not be affected, and that they could withdraw from the study at any time and for any reason.

Data collection

The researcher submitted the research proposal, ethics approval document, application letter requesting permission to collect the data, and copies of the data collection instruments to the directors of each hospital to request permission to collect data.

The researcher visited the head nurses and directors of outpatient respiratory medicine of each hospital. The data collection process proceeded after receiving approval from each hospital director. The researcher provided information about the study goals, advantages, and data collection process.

While outpatients for respiratory medicine were waiting in the reception room to see their doctor, the researcher recruited individuals who fulfilled the inclusion requirements for the study.

The researcher explained the objectives and benefits of the study to participants who were also informed about the confidentiality and anonymity of the individual responses. Those willing to participate in the study were required to complete an informed consent form. Those who could not write their name were asked to give fingerprints on the informed consent form. Completing these two questionnaires took approximately 10-20 minutes. The researcher read each question repeatedly but without explanation, then select the corresponding option based on the participant's answer. Clinical and demographic data were extracted from patients' medical records and were confirmed with the patients.

Data analysis

The selected significance level was .05. and the 13th edition of the English version of the Statistical Package Software was used to analyze the data and determine the mean, standard deviation (SD), and range of continuous variables. Frequency and percentage were applied to categorical variables to characterize them. Kolmogorov-Smirnov testing was used to assess the normality of the health literacy and medication adherence data, revealing that the data distribution was not normal. Consequently, Spearman's rank-order correlation test was used. The correlation coefficient (r) value among the variables was considered, as follows: $r < 0.30$: weak



Health Literacy and Medication Adherence Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture, the People's Republic of China

ความรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
เขตปกครองตนเองชาติไท ลีบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน

relationship; $0.30 \leq r \leq 0.50$: moderate relationship; and $r > 0.50$: strong relationship (Burns & Grove, 2009).

Results

According to the findings, most participants were male (86.67%), with ages ranging from 41 to 78 years old (mean = 67.6, SD = 6.98); almost half (45.83%) were between the ages of 60 and 70. Most participants were married (92.5%) and had an elementary school education level (70%). Thirty-six percent were from the Dai Ethnic Minority Group, while 24% were from the Hani Ethnic Minority Group, and over half of them lived in rural areas (57.5%). Regarding monthly incomes, 34.16% of participants earned between 1500 and 3000 CNY each month.

Thirty-five percent of participants had been undergoing COPD for over ten years, and 34.16% had had the disease for one to five years. All of them (100%) were enrolled in health insurance. About 71.67% of the participants were classified into GOLD spirometry, stage III-IV, and 28.33% were classified into GOLD spirometry, stage I-II. Overall, 35.84% of participants had smoked for more than ten years. Most participants reported one single comorbidity in addition to COPD (61.67%), while 38.33% had more than one single comorbidity. About 40% of participants used two different drugs, and 30% used only one drug.

Overall, the health literacy of the participants was moderate, with a mean score of 28.83 (SD = 7.24). Regarding each level of health literacy, the greatest level of functional health literacy was moderate, with a mean of 11.58 (SD = 3.86). The mean access to interactive and crucial levels was moderate and low, with scores of 10.57 (SD = 3.77) and 6.68 (SD = 1.85), respectively (Table 1).

Table 1: The Level of Health Literacy, Possible Score, Mean and Standard Deviation of Health Literacy of the Sample (n = 120)

Health literacy	Possible score	n	%
Functional health literacy (M = 11.58, SD = 3.86)	5-20		
Low level	5-10	51	42.50
Moderate level	10.01-15	45	37.50
High level	15.01-20	24	20.00
Interactive health literacy (M = 10.57, SD = 3.77)	5-20		
Low level	5.01-10	52	43.33
Moderate level	10.01-15	60	50.00
High level	15.01-20	8	6.67



Health Literacy and Medication Adherence Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture, the People's Republic of China
 ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 เขตปกครองตนเองชาติไท ลีบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน

Table 1: The Level of Health Literacy, Possible Score, Mean and Standard Deviation of Health Literacy of the Sample (n = 120) (continue)

Health literacy	Possible score	n	%
Critical health literacy (M = 6.68, SD = 1.85)	4-16		
Low level	4.01-8	96	80.00
Moderate level	8.01-12	24	20.00
High level	12.01-16	0	0
Totally health literacy (M = 28.83, SD = 7.24)	14-56		
Low level	14-28	56	46.67
Moderate level	28.01-42	62	51.67
High level	42.01-56	2	1.66

The total medication adherence mean score was 5.69 (SD = 2.70), while the mean score for oral adherence and inhaler adherence was 2.88 (SD = 1.50) and 2.80 (SD = 1.78), respectively (Table 2).

Table 2: The Level of Medication Adherence, Possible Score, Mean, and Standard Deviation of the Health Literacy of the Sample (n = 120)

Medication adherence	Possible score	Mean (SD)
Oral adherence	0-6	2.88 (1.50)
Inhaler adherence	0-6	2.80 (1.78)
Totally medication adherence	0-12	5.69 (2.70)

The results demonstrate a significant positive correlation between overall health literacy and oral medication adherence ($r = .448, p < 0.01$), inhaler medication adherence ($r = .501, p < 0.01$), and total medication adherence ($r = .589, p < 0.01$).

Functional health literacy had a weak positive relationship with oral adherence ($r = .263, p < 0.01$) and a moderate positive relationship with inhaler adherence and total medication adherence ($r = .306, r = .398, p < 0.01$). There was a moderate positive relationship between communicative health literacy and oral adherence, inhaler adherence, and total medication adherence ($r = .413, r = .428, \text{ and } r = .492, p < 0.01, \text{ respectively}$). Moreover, there was a moderately positive relationship between critical health literacy and oral adherence, inhaler adherence, and total medication adherence ($r = .313, r = .357, \text{ and } r = .390, p < 0.01, \text{ respectively}$) (Table 3).



Health Literacy and Medication Adherence Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture, the People's Republic of China

ความรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เขตปกครองตนเองชาติไท ลีบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน

Table 3: The Relationships between Each Health Literacy Item and Medication Adherence of the Sample (n = 120)

	Oral adherence (MAS)		Inhaler adherence (IAS)		Totally medication adherence	
	Spearman rank	P-value	Spearman rank	P-value	Spearman rank	P-value
Functional health literacy	.263*	p < 0.01	.306*	p < 0.01	.398*	p < 0.01
Communicative health literacy	.413*	p < 0.01	.428*	p < 0.01	.492*	p < 0.01
Critical health literacy	.313*	p < 0.01	.357*	p < 0.01	.390*	p < 0.01
Total health literacy	.448*	p < 0.01	.501*	p < 0.01	.589*	p < 0.01

Note. * Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Discussion

This research revealed that the overall health literacy of the participants was at a moderate level. Compared with a previous study in the Netherlands (Heijmans et al., 2015), our findings indicated that health literacy was lower than that of patients with chronic illness (Mean = 42.3). As participants were recruited from five ethnic minority groups, only 70% of them had an elementary school education. Because of these relatively low education levels, participants in this study may have had difficulty understanding many patient education materials, including instructions for taking prescription medications.

Furthermore, in this study, functional health literacy scored the highest among the three subdimensions of health literacy, followed by interactive health literacy and critical health literacy. These findings are consistent with earlier research in other fields supporting the FCCHL framework which was initially proposed to reflect the increasing demands of cognitive and social skills along the spectrum as one advances from basic literacy to communicative skills and the capacity to critically analyze health-related information (Nutbeam, 2008). Patients need help considering any information's applicability, validity, and reliability when collecting information to make health decisions (Zhang et al., 2018).

However, there was a contrasting outcome across the three health literacy subscales: The highest mean score was for interactive health literacy instead of functional health literacy. This difference may mainly be due to participants with COPD being GOLD III/IV (71.1%) in this study. The GOLD system categorizes airflow limitations into stages. In patients with FEV1/FVC <0.7: GOLD III - severe: 30% ≤ FEV1 <50% predicted; and GOLD IV - very severe: FEV1 <30% predicted CTS,



Health Literacy and Medication Adherence Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture, the People's Republic of China

ความรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
เขตปกครองตนเองชาติไท ลีบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน

2021). Severe symptom burdens (such as breathing difficulties) can influence physical and social interactions (Marin et al., 2011), affecting interactive health literacy levels.

Our findings identified levels of medication adherence in the COPD population demonstrating that participants had a low level of adherence which indicates that they may forget, change, stop, miss doses, and sometimes take less medication based on the medication and inhaler adherence scales. In individuals with asthma and COPD, multiple inhaler use is related to greater non-adherence than single inhaler use (Mäkelä et al., 2013). Forty percent of the participants in this study used three varieties of inhalers, while 30.83 % used two.

These results are consistent with previous studies documenting low adherence to inhaled and oral medication among COPD patients, regardless of medication class (Chen et al., 2020; Humenberger et al., 2018). A reasonable explanation of low adherence relates to the participants' demographic data. In the current study, all participants had a comorbidity, and 38.30% had more than one single comorbidity. A high comorbidity burden is among the most critical predictors of poor adherence, according to previous research (Vetrano et al., 2017).

Interestingly, a study by Chen et al. (2020) in Guangdong province showed that adherence to inhaled bronchodilator (36.3%) and ICS/LABA combination (29.2%) was higher than that for oral medication (1.7%). Contrariwise, in this study, the level of adherence to inhaler medication (2.80 ± 1.78) was lower than that to oral medication (2.88 ± 1.50). A cause of this discrepancy may be the relatively higher monthly costs. Inhaled medications are more expensive (out-of-pocket costs) than oral medications. The household monthly income for most participants in the present study (68.3%) was below 3000 CNY (about 14,688 THB). However, according to the data from the Guangdong Provincial People's Government (2023), the monthly income per capita is 3922 RMB. Therefore, the participants are likely more concerned about the cost than the drug's efficacy.

Our results also revealed that health literacy is associated with medication adherence, which supports the evidence for a positive relationship between them ($r = .589$). This result is consistent with earlier research (Freeze et al., 2020). COPD patients with lower health literacy skills find it more challenging to read and understand inhaler and oral medication information. Therefore, they are more likely to make mistakes in interpreting medication instructions and warning labels, and it may be more difficult to control the inhaler technique, increasing the risk of unintentional dosing and timing adherence with medication regimes. In addition, this population have more barriers when interacting and communicating with their healthcare providers regarding inhalers and oral medication treatment which could lead to poorer knowledge about their condition(s) and medication management.

However, there are also different data published on the influence of health literacy on medication compliance among COPD patients (Lee et al., 2017), in which the correlation coefficient ($r = 0.25$) was lower than that in the present study ($r = 0.589$). The different instruments



Health Literacy and Medication Adherence Among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture, the People's Republic of China

ความรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
เขตปกครองตนเองชาติไท ลีบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน

might explain this difference. This study measured health literacy by The Functional Communicative and Critical Health Literacy Scale (FCCHL), which includes three dimensions. In comparison, previous studies have measured this metric using The Short Test of Functional Health Literacy in Adults (STOFHLA).

Consistent with studies among patients with non-communicable diseases such as diabetes (Heijmans et al., 2015), we found stronger relationships between communicative and critical health literacy and medication adherence compared to functional health literacy and outcome measures, indicating that higher-order skills are more essential for medication adherence than functional skills. People with communicative health literacy can readily act on new information and interact with information providers, such as healthcare professionals, more confidently. Critical health literacy emphasizes more advanced cognitive and social skills for analyzing information critically and employing it to exert greater control over life events (Nutbeam, 2008). Given this description, it is not unexpected that stronger connections between critical health literacy, communication, and medication adherence were discovered.

Overall, the results are consistent with many previous studies on health literacy and medication adherence which have proved that health literacy and its three dimensions positively correlate with medication adherence in persons with COPD, which provides the basis for improving the health literacy of persons with COPD and enhancing their medication adherence.

Conclusions and recommendations

This study may serve as a baseline for future research on the relationship between health literacy and medication adherence among patients with COPD from ethnic minority groups in Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture. Clinical nurses could provide health education to enhance knowledge, change unhealthy behaviors, and promote adherence to inhalers and oral medication regimens for COPD patients.

Application of research findings

This study showed that among minority ethnic groups in Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture, efforts to improve health literacy rates may aid in medication adherence. However, as the study was conducted with a small sample and the gender was predominantly male, future studies should include a larger sample size and account for gender proportions.

Suggestions for further research

The level of each component of health literacy among persons with COPD is inconsistent in different countries, and even in different provinces in China. For future research, it will be helpful to identify the health literacy of COPD patients in various districts. Medical providers should focus on effective interventions for health literacy to improve medication adherence among COPD patients. Improving health literacy may be critical to increasing medication



adherence in COPD patients by conducting practical interventions.

References

- Agarwal, P., Lin, J., Muellers, K., O'Connor, R., Wolf, M., Federman, A. D., & Wisnivesky, J. P. (2021). A structural equation model of relationships of health literacy, illness and medication beliefs with medication adherence among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counseling*, *104*(6), 1445-1450. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.024>
- Bethany, J., & Ahna, L. (2014). Adherence in adolescent and young adult kidney transplant recipients. *The Open Urology & Nephrology Journal*, *7*(1), 133-143.
- Brown, M. T., Bussell, J., Dutta, S., Davis, K., Strong, S., & Mathew, S. (2016). Medication adherence: Truth and consequences. *The American Journal of the Medical Sciences*, *351*(4), 387-399. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2016.01.010>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009) *The practice of nursing research, appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed). Saunders, Elsevier.
- Callahan, C. M., Unverzagt, F. W., Hui, S. L., Perkins, A. J., & Hendrie, H. C. (2002). Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. *Medical Care*, *40*(9), 771-781. <https://doi.org/10.1097/00005650-200209000-00007>
- Chen, R., Gao, Y., Wang, H., Shang, H., & Xuan, J. (2020). Association between adherence to maintenance medication in patients with COPD and acute exacerbation occurrence and cost in China: A retrospective cohort database study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, *15*, 963-971. <https://doi.org/10.2147/COPD.S234349>
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease Group of Chinese Thoracic Society; Chronic Obstructive Pulmonary Disease Committee of Chinese Association of Chest Physician. (2021). [Guidelines for the diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease (revised version 2021)]. *Chinese Journal of Tuberculosis and Respiration Diseases*, *44*(3), 170-205. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112147-20210109-00031>
- Dolce, J. J., Crisp, C., Manzella, B., Richards, J. M., Hardin, J. M., & Bailey, W. C. (1991). Medication adherence patterns in chronic obstructive pulmonary disease. *Chest*, *99*(4), 837-841. <https://doi.org/10.1378/chest.99.4.837>
- Freeze, T. A., Skerry, L. L., Kervin, E., Brillant, A., Woodland, J., & Hanson, N. (2020). Improving the health behaviors of COPD patients: Is health literacy the answer? In C. Pracana & M. Wang (Eds.), *Psychological applications and trends 2020. International psychological applications conference and trends (InPACT) 2020* (pp. 69-73). InPACT. <https://doi.org/10.36315/2020inpact015>



Health Literacy and Medication Adherence Among Persons with Chronic Obstructive
Pulmonary Disease, Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture,
the People's Republic of China

ความรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
เขตปกครองตนเองชาติไท ลีบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน

- Guangdong Provincial People's Government (2023). *Income and consumption expenditure of Guangdong residents in 2022*. https://www.gd.gov.cn/zwgk/sjfb/mssj/rjkzpsr/content/post_4084097.html
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative, and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling*, *98*(1), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.006>
- Humenberger, M., Horner, A., Labek, A., Kaiser, B., Frechinger, R., Brock, C., Lichtenberger, P., & Lamprecht, B. (2018). Adherence to inhaled therapy and its impact on chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *BMC Pulmonary Medicine*, *18*(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12890-018-0724-3>
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, *31*(5), 874–879. <https://doi.org/10.2337/dc07-1932>
- Lee, Y. M., Yu, H. Y., You, M. A., & Son, Y. J. (2017). Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, *24*(1), 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.08.003>
- Liu, M., Li, L. Q., Pu, S. C., Tang, S. D., Yi, J. R., & Mei, L. J. (2020). Analysis on health literacy and its influencing factors among residents in 86 poverty-stricken counties and districts in Yunnan Province. *Chinese Journal of Health Education*, *36*(1), 13-19. https://caod.oriprobe.com/articles/59053157/Analysis_on_health_literacy_and_its_influencing_fa.htm
- Mäkelä, M. J., Backer, V., Hedegaard, M., & Larsson, K. (2013). Adherence to inhaled therapies, health outcomes and costs in patients with asthma and COPD. *Respiratory Medicine*, *107*(10), 1481–1490. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2013.04.005>
- Marin, M. F., Lord, C., Andrews, J., Juster, R. P., Sindi, S., Arseneault-Lapierre, G., Fiocco, A. J., & Lupien, S. J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of Learning and Memory*, *96*(4), 583–595. <https://doi.org/10.1016/j.nlm.2011.02.016>
- Mayo-Gamble, T. L., & Mouton, C. (2018). Examining the association between health literacy and medication adherence among older adults. *Health Communication*, *33*(9), 1124-1130. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1331311>
- Naghavi, M., Abajobir, A. A., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abera, S. F., Aboyans, V., Adetokunboh, O., Arnlov, J., Afshin, A., Agrawal, A., Kiadaliri, A. A., Ahmadi, A., Ahmed, M. B., Aichour, A. N., Aichour, I., Aichour, M. T. E., Aiyar, S., Al-Eyadhy, A., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *The Lancet*, *390*(10100), 1151-1210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9)



Health Literacy and Medication Adherence Among Persons with Chronic Obstructive
Pulmonary Disease, Xishuangbanna Dai Autonomous Prefecture,
the People's Republic of China

ความรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
เขตปกครองตนเองชาติไท สิบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน

- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2003). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
- Smith, M. C., & Wrobel, J. P. (2014). Epidemiology and clinical impact of major comorbidities in patients with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9, 871-888. <https://doi.org/10.2147/COPD.S49621>
- Vetrano, D. L., Bianchini, E., Onder, G., Cricelli, I., Cricelli, C., Bernabei, R., Bettoncelli, G., & Lapi, F. (2017). Poor adherence to chronic obstructive pulmonary disease medications in primary care: Role of age, disease burden, and polypharmacy. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(12), 2500-2506. <https://doi.org/10.1111/ggi.13115>
- Wang, C., Xu, J., Yang, L., Xu, Y., Zhang, X., Bai, C., Kang, J., Ran, P., Shen, H., Wen, F., Huang, K., Yao, W., Sun, T., Shan, G., Yang, T., Lin, Y., Wu, S., Zhu, J., Wang, R., ... China Pulmonary Health Study Group. (2018). Prevalence and risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in China (the China Pulmonary Health [CPH] study): A national cross-sectional study. *The Lancet*, 391(10131), 1706-1717. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30841-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30841-9)
- Zhang, X., Di, H., Li, X., Yu, H., Liu, C., & Liu, X. (2018). Reliability and validity of the Chinese version of the Functional, Communicative and Critical Health Literacy Scale. *Chinese Journal of Modern Nursing*, 24, 2136-2140. <https://doi.org/10.3760/CMA.J.ISSN.1674-2907.2018.18.007>



Back Pain Management Among Patients after Transfemoral Coronary Angiography: A Systematic Review

การจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ
ผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

นรลักษณ์ เอื้อกิจ* Noraluk Ua-Kit*
ชญญลักษณ์ ตาทอง** Thunyaluk Tatong**

Abstract

Back pain is a common complaint among patients undergoing transfemoral coronary angiography. Prolonged complete bed rest in the supine position and immobilization of the affected leg causes back pain. There are many strategies to manage back pain in patients after transfemoral coronary angiography but no conclusion regarding the beneficial outcomes for patients. This systematic review aimed to summarize back pain management among patients after transfemoral coronary angiography using the Joanna Briggs Institute Systematic Review Guideline . A search was undertaken to identify studies from 2012 to 2022. Relevant studies were screened to include experimental studies and quasi-experimental studies that studied the interventions for reducing back pain after transfemoral coronary angiography. A total of 10 studies were retrieved and reviewed. These studies employed various types of management, data, and collection methods. Therefore, narrative summary was used to describe the characteristics of the methods and the results.

The results of this systematic review revealed that position change, head-of-bed elevation, early ambulation, modifying the period of retaining the sandbag, and foot reflexology were the five strategies used to manage back pain in patients after transfemoral coronary angiography. In addition, a combination of back pain management methods was used. The studies showed heterogeneity in terms of pain management duration, pain assessment methods, pain assessment frequency, and outcome of back pain management methods.

This systematic review recommends position change as an effective management of back pain in patients after transfemoral coronary angiography; it is widely used and does not increase vascular complications. However, the management of back pain in patients after transfemoral coronary angiography depends on the appropriateness and feasibility of the existing care system.

Keywords: Systemic review; Back pain; Pain management; Transfemoral coronary angiography

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

** Corresponding author, Registered Nurse, Thammasat University Hospital;
e-mail: thunyaluk0407@gmail.com

Received 22 March 2024; Revised 12 June 2024; Accepted 21 June 2024



บทคัดย่อ

อาการปวดหลัง เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภายหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ เกิดจากการจำกัดการเคลื่อนไหวในท่านอนหงายราบ และการจำกัดการเคลื่อนไหวขาข้างที่ทำให้เกิดการเป็นระยะเวลานาน ซึ่งการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจมีหลากหลายวิธี แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ให้ผลดีต่อผู้ป่วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสรุปผลการศึกษาก่อนเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ สืบค้นงานวิจัยที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2565 คัดเลือกงานวิจัยแบบทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม และงานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ได้งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพจำนวน 10 เรื่อง โดยงานวิจัยที่นำมาทบทวนมีความหลากหลายของการจัดกระทำ การเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการประเมินผลลัพธ์ จึงใช้การสรุปเชิงเนื้อหาเพื่อบรรยายลักษณะของวิธีการจัดการอาการปวดและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้พบว่า วิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ มี 5 วิธี ได้แก่ การเปลี่ยนท่านอน การปรับระดับของหัวเตียง การส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว การลดระยะเวลาการวางหมอนทราย และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า นอกจากนี้ ยังพบการใช้การจัดการอาการปวดหลังแบบหลายรูปแบบร่วมกันโดยพบว่า ในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันในเรื่องระยะเวลาการจัดการกับอาการปวด วิธีการประเมินอาการปวด จำนวนครั้งในการประเมินอาการปวด และผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการปวดหลัง

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ ให้ข้อเสนอแนะว่าการเปลี่ยนท่านอนเป็นวิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจที่ให้ผลลัพธ์ที่ดี มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย และไม่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด อย่างไรก็ตาม การนำวิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ควรพิจารณาถึงความเหมาะสมต่อความต้องการของผู้ป่วยและบริบทของแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ของหน่วยงานนั้น ๆ

คำสำคัญ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ อาการปวดหลัง การจัดการอาการปวด การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ e-mail: thunyaluk0407@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiography) เป็นหัตถการการตรวจวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐานของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Manda & Baradhi, 2023) จากรายงานสถิติของสหรัฐอเมริกาพบว่า ปี ค.ศ. 2018 มีผู้เข้ารับการตรวจสวนหัวใจมากกว่า 3 ล้านคน (Powell et al., 2021) และในประเทศไทยปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า มีผู้เข้ารับการตรวจสวนหัวใจจำนวน 99,120 คน (Khananuraksa et al., 2022) ซึ่งเป็นหัตถการที่กระทำโดยการสอดท่อใส่สายสวนตำแหน่งหลอดเลือดแดง แล้วใช้สายสวนหัวใจผ่านไปตามหลอดเลือดแดงเข้าสู่หลอดเลือดหัวใจ จากนั้นฉีดสารทึบรังสีเพื่อประเมินพยาธิสภาพของหลอดเลือด โดยตำแหน่งของหลอดเลือดแดงในการทำหัตถการ ได้แก่ หลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือ (Radial artery) และหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ (Femoral artery) (Manda & Baradhi, 2023)

การตรวจสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ เป็นตำแหน่งที่นิยมในการทำหัตถการ เนื่องจากเป็นหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ และแพทย์สามารถทำหัตถการได้ง่าย ซึ่งการตรวจสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดได้ เช่น ภาวะเลือดออกที่แผล ภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนัง ภาวะหลอดเลือดแดงอุดตัน ภาวะหลอดเลือดโป่งพองเทียม ก้อนเลือดในช่องท้องด้านหลัง การทะลุของหลอดเลือดแดง และหลอดเลือดดำ และภาวะหลอดเลือดแดงฉีกขาด (Manda & Baradhi, 2023) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลนานขึ้น

การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจที่สำคัญเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด คือ การจำกัดการเคลื่อนไหวในท่านอนหงายราบ และจำกัดการเคลื่อนไหวขาข้างที่ทำหัตถการ (Fereidouni et al., 2019) ในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดขณะทำหัตถการ ผู้ป่วยจะต้องหยุดได้รับยาก่อนการถอดท่อใส่สายสวนเป็นเวลา 4-6 ชั่วโมง (Özyurtlu et al., 2022) และภายหลังจากถอดท่อใส่สายสวนแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลให้จำกัดการเคลื่อนไหวในท่านอนหงาย และไม่เคลื่อนไหวขาข้างที่ทำหัตถการต่อเป็นเวลา 6 ชั่วโมง หรือมากกว่านั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดหลัง ซึ่งเกิดจากการกดทับของกล้ามเนื้อบริเวณหลังอย่างต่อเนื่อง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหลังลดลง ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อเกร็งและตึงเครียด จนเกิดอาการปวดหลังขึ้น (Cha & Sok, 2016) ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่สุขสบายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภายหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ พบร้อยละ 49.2 (Cao et al., 2019)

การจัดการอาการปวดโดยทั่วไป แพทย์มักเน้นการให้ยาลดปวดเป็นหลัก แต่การจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยาร่วมด้วยจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการลดอาการปวดหลังให้ดีขึ้น และช่วยลดการเกิดอาการข้างเคียงจากการได้รับยาลดปวดในปริมาณสูง (Alorfi, 2023) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจทั้งในประเทศและต่างประเทศอย่างแพร่หลาย ดังการศึกษาของ เฟเรอิดอูนี และคณะ (Fereidouni et al., 2019) ที่ทำการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจพบว่า วิธีการจัดการอาการปวดหลังที่สามารถลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว และการเปลี่ยนท่านอน

จากการสืบค้นข้อมูลเบื้องต้นผู้วิจัยพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจเพิ่มมากขึ้น และพบว่าสามารถลดอาการปวดหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นการนวดหลัง โดยการนำการนวดหลังพื้นฐานมาใช้ร่วมกับการเปลี่ยนท่านอน (Elsaman, 2022) การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในตำแหน่งที่สะท้อนบริเวณกระดูกสันหลัง (Kardan et al., 2020) หรือการปรับระดับของหัวเตียงในองศาต่าง ๆ ได้แก่ 15 องศา 30 องศา และ 45 องศา (Türen et al., 2022) เป็นต้น ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นวิธีการจัดการอาการปวดหลังที่มีความแตกต่างและยังไม่ได้มีการทบทวน



อย่างเป็นระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ เพื่อสรุปผลการศึกษาที่นำไปสู่การสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจที่มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อทบทวน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ โดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery [JBI], 2020) มีขั้นตอนดังนี้ 1) การตั้งคำถามสำหรับการทบทวน 2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การสืบค้นงานวิจัย 4) การคัดเลือกงานวิจัย 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 6) การสกัดข้อมูล 7) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย และ 8) การนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม มีการกำหนดคุณสมบัติของงานวิจัยที่นำมาศึกษา โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2565 (ค.ศ. 2012 ถึง ค.ศ. 2022)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้มีขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ตามแนวทางของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2020) ดังนี้

1. การตั้งคำถามสำหรับการทบทวน คือ มีวิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจได้บ้าง และผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการปวดหลังที่ได้รับเป็นอย่างไร

2. การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ได้แก่

2.1 คัดเลือกการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ที่มีลักษณะครอบคลุมตามหลักของ PICOT ได้แก่

P (Population) คือ ผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ coronary angiography, transfemoral coronary angiography, cardiac catheterization, transfemoral cardiac catheterization

I (Intervention) คือ การจัดการอาการปวด, pain management

C (Comparison) คือ การพยาบาลตามปกติ routine care, bed rest, supine position, immobilization

O (Outcome) คือ อาการปวดหลัง pain score, pain level

T (Time) คือ หลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ after transfemoral coronary angiography, after coronary angiography, after cardiac catheterization, after transfemoral cardiac catheterization

2.2 เป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 เป็นงานวิจัยที่รายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2565 (ค.ศ. 2012 ถึง ค.ศ. 2022)



2.4 เป็นงานวิจัยแบบทดลองที่มีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Randomized Controlled Trails; RCTs) และงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental)

3. การสืบค้นงานวิจัย ได้แก่

3.1 การกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้หลัก PICOT ดังข้อ 2.1

3.2 สืบค้นงานวิจัยตามคำสำคัญที่กำหนดจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 7 ฐานข้อมูล ได้แก่ THAIJO, PubMed, Wiley Online Library, Science Direct, Springer Link, Cochrane Library, Scopus และจากรายการเอกสารอ้างอิงจากทำยบทความวิจัย

จากการสืบค้นงานวิจัยโดยใช้คำสำคัญที่กำหนดจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้งานวิจัยจำนวน 1,529 เรื่อง ดังภาพที่ 1

4. การคัดเลือกงานวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกงานวิจัยจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อของงานวิจัย คัดเลือกงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ ร้อยละ 100 โดยใช้แบบคัดกรอง (Research screening form) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยที่มีลักษณะครอบคลุมตามหลักของ PICOT โดยการคัดเลือกงานวิจัย ได้งานวิจัยจำนวน 23 เรื่อง

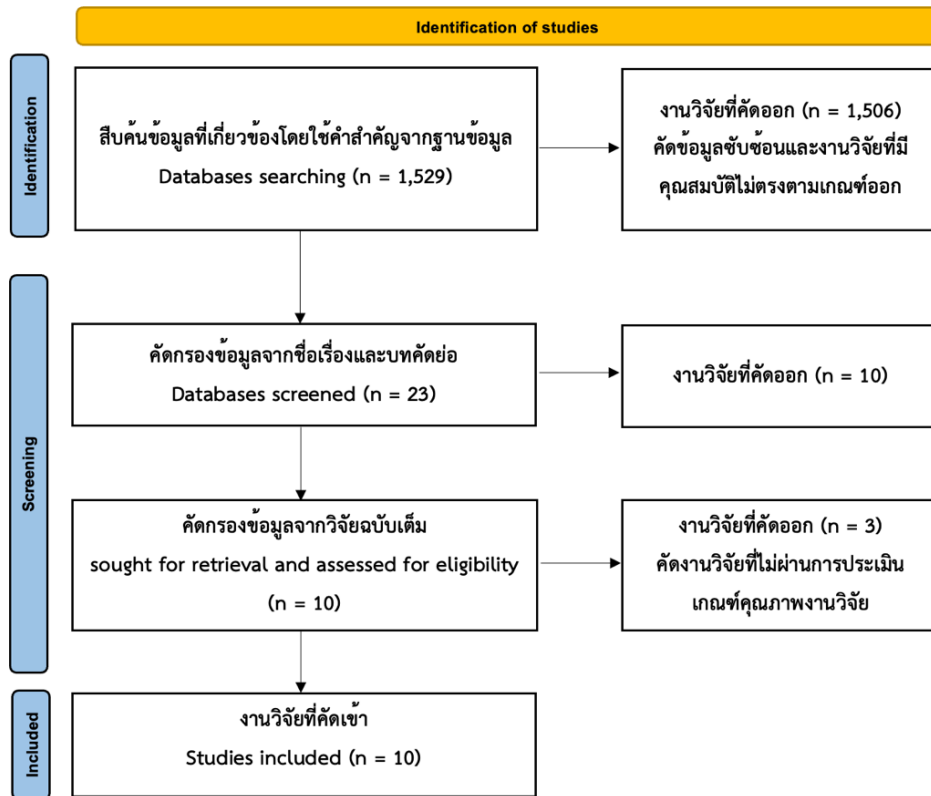
5. การประเมินคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยอ่านงานวิจัยฉบับเต็มเพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยตามแบบประเมินคุณภาพเชิงทดลอง (JBI, 2020) และกึ่งทดลอง (JBI, 2017) ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI critical appraisal checklist) โดยต้องผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย ร้อยละ 60 ได้งานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง

6. การสกัดข้อมูล ผู้วิจัยอ่านงานวิจัยฉบับเต็มจำนวน 10 เรื่อง อย่างละเอียด เพื่อสกัดข้อมูลและลงบันทึกลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูล (JBI Data Extraction Form for Systematic Review and Syntheses) (Aromataris & Munn, 2020)

7. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปและระเบียบวิธีของงานวิจัย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนที่ 2 วิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ และส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการปวดหลัง ด้วยการวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา (narrative synthesis) เพื่อตอบคำถามสำหรับการทบทวนวรรณกรรม เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาทบทวนมีความหลากหลายของการจัดกระทำ การเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการประเมินผลลัพธ์ ทำให้ไม่สามารถตอบคำถามการทบทวนด้วยการวิเคราะห์เมต้า

การคัดเลือกงานวิจัย ประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล และการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คน (NA & TT) ทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และแบบบันทึกการสกัดข้อมูล ดำเนินการประเมินแยกกันอย่างอิสระ แล้วนำผลการลงบันทึกมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องตรงกัน หากความคิดเห็นไม่ตรงกันมีการปรึกษาหารือและหาข้อตกลงร่วมกัน

8. การนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม โดยผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบของตาราง ดังตารางที่ 2



ภาพที่ 1

Review flow chart: Preferred Report Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRIMA) flowchart

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ได้แก่ 1) แบบคัดกรองงานวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยที่มีลักษณะครอบคลุมตามหลักของ PICOT 2) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพเชิงทดลองและกึ่งทดลองของสถาบันโจแอนนาบริกส์ และ 3) แบบบันทึกการสกัดข้อมูล

ผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้วิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพ จำนวน 10 เรื่อง เป็นงานวิจัยในประเทศไทยจำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยต่างประเทศจำนวน 9 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยแบบทดลองที่มีกลุ่มควบคุมควมคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม จำนวน 9 เรื่อง มีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานตามหลักเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ที่ระดับ Level 1.c และงานวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวน 1 เรื่อง มีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานตามหลักเกณฑ์ของ สถาบันโจแอนนาบริกส์ที่ระดับ Level 2.d (JBI, 2008) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ที่มีจำนวนมากกว่า 30 คนขึ้นไป



Back Pain Management Among Patients after Transfemoral Coronary Angiography: A Systematic Review

การจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ส่วนที่ 2 วิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบการจัดการอาการปวดหลังจำนวน 5 วิธี และมีการใช้หลายรูปแบบร่วมกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนงานวิจัยจำแนกตามวิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ (n = 10)

วิธีการจัดการอาการปวดหลัง	จำนวน
การเปลี่ยนท่านอน (Position change)	3 (การศึกษาคำที่ 2, 6 และ 8)
การปรับระดับของหัวเตียง (Head of bed elevation)	1 (การศึกษาคำที่ 9)
การส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว (Early ambulation)	1 (การศึกษาคำที่ 1)
การลดระยะเวลาการวางหมอนทราย (changing the duration of keeping sandbag)	1 (การศึกษาคำที่ 5)
การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า (Foot reflexology)	1 (การศึกษาคำที่ 7)
การใช้หลายรูปแบบร่วมกัน	
- การส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว ร่วมกับการปรับระดับของหัวเตียง และการเปลี่ยนท่านอน	1 (การศึกษาคำที่ 10)
- การเปลี่ยนท่านอน ร่วมกับการปรับระดับของหัวเตียง	1 (การศึกษาคำที่ 4)
- การเปลี่ยนท่านอน ร่วมกับการส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว	1 (การศึกษาคำที่ 3)

ตารางที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ (n = 10)

ชื่อผู้วิจัย, ปี, ประเทศ	รูปแบบการวิจัย/ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน	จำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	การจัดการอาการปวดหลัง	เครื่องมือประเมินอาการปวดหลัง	ผลการศึกษา
1. Chair et al., 2012 ประเทศฮ่องกง	RCT Level 1.c	ผู้ป่วย TFA อายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 137 คน กลุ่มควบคุม 74 คน กลุ่มทดลอง 63 คน	กลุ่มควบคุม: นอนหงายราบเป็นเวลา 12 ถึง 24 ชั่วโมง กลุ่มทดลอง: นอนหงายราบเป็นเวลา 4 ชั่วโมง ร่วมกับการส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว โดยในชั่วโมงที่ 5 ให้ยืนข้างเตียง 1 นาที ชั่วโมงที่ 6, 7 และ 8 ให้เดินในห้องชั่วโมงละ 2 นาที	Visual analog scale	ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในชั่วโมงที่ 8 และเช้าวันรุ่งขึ้น



Back Pain Management Among Patients after Transfemoral Coronary Angiography: A Systematic Review

การจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ตารางที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ (n = 10)
(ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย, ปี, ประเทศ	รูปแบบการวิจัย/ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน	จำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	การจัดการอาการปวดหลัง	เครื่องมือประเมินอาการปวดหลัง	ผลการศึกษา
2. Bakhshi et al., 2014 ประเทศอิหร่าน	RCT Level 1.c	ผู้ป่วย TFA อายุ 18 ถึง 70 ปี จำนวน 80 คน กลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มทดลอง 40 คน	กลุ่มควบคุม: นอนหงายราบเป็นเวลา 6 ถึง 24 ชั่วโมง และวางหมอนทรายเหนือแผลเป็นเวลา 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลอง: ชั่วโมงที่ 1 นอนหงายระดับความสูงของหัวเตียง 15 องศา ชั่วโมงที่ 2 นอนหงายระดับความสูงของหัวเตียง 30 องศา ชั่วโมงที่ 3 นอนตะแคงด้านตรงข้ามข้างที่ทำให้ตถการ และ ชั่วโมงที่ 4 ถึง 6 สามารถเปลี่ยนท่านอนได้ในท่านอนหงายระดับความสูงของหัวเตียง 30 องศา หรือ นอนตะแคง	Visual analog scale	กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในชั่วโมงที่ 2, 3 และ 6
3. Abdollahi et al., 2015 ประเทศอิหร่าน	RCT Level 1.c	ผู้ป่วย TFA อายุ 18 ถึง 65 ปี จำนวน 140 คน กลุ่มควบคุม 35 คน กลุ่มทดลอง A 35 คน กลุ่มทดลอง B 35 คน กลุ่มทดลอง C 35 คน	กลุ่มควบคุม: นอนหงายราบเป็นเวลา 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลอง A: เปลี่ยนท่านอนในท่านอนหงาย ทำตะแคงซ้ายขวา ร่วมกับปรับระดับของหัวเตียง 15 ถึง 45 องศา ทุกชั่วโมง กลุ่มทดลอง B: ส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว โดยจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียง 4 ชั่วโมง กลุ่มทดลอง C: เปลี่ยนท่านอนร่วมกับการส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว	Numeric rating scale	กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังแตกต่างกันในชั่วโมงที่ 4 โดยกลุ่มทดลอง A และ กลุ่มทดลอง C มีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
4. Cha & Sok, 2016 ประเทศเกาหลีใต้	RCT Level 1.c	ผู้ป่วย TFA อายุ 25 ถึง 75 ปี จำนวน 48 คน กลุ่มควบคุม 24 คน กลุ่มทดลอง 24 คน	กลุ่มควบคุม: นอนหงายราบเป็นเวลา 3 ชั่วโมง กลุ่มทดลอง: นอนหงายเป็นเวลา 1 ชั่วโมง นอนตะแคงร่วมกับปรับระดับของหัวเตียง 30 องศาเป็นเวลา 1 ชั่วโมง นอนหงายร่วมกับปรับระดับของหัวเตียง 30 องศาเป็นเวลา 1 ชั่วโมง และนอนตะแคงร่วมกับปรับระดับของหัวเตียง 30 องศา เป็นเวลา 1 ชั่วโมง	Visual analog scale	กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังแตกต่างจากกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มควบคุม



Back Pain Management Among Patients after Transfemoral Coronary Angiography: A Systematic Review

การจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ตารางที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ (n = 10) (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย, ปี, ประเทศ	รูปแบบการวิจัย/ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน	จำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	การจัดการอาการปวดหลัง	เครื่องมือประเมินอาการปวดหลัง	ผลการศึกษา
5. Fathi et al., 2017 ประเทศอิหร่าน	Quasi - Experimental Level 2.d	ผู้ป่วย TFA อายุ 30 ถึง 65 ปี จำนวน 60 คน กลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน	กลุ่มควบคุม: นอนหงายราบเป็นเวลา 8 ชั่วโมง ร่วมกับวางหมอนทรายน้ำหนัก 4 กิโลกรัมเหนือแผลเป็นเวลา 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลอง: นอนหงายราบเป็นเวลา 8 ชั่วโมง ร่วมกับวางหมอนทรายน้ำหนัก 4 กิโลกรัมเหนือแผลเป็นเวลา 3 ชั่วโมง	Visual analog scale	กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมตั้งแต่ชั่วโมงที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
6. Ibdah et al., 2020 ประเทศจอร์แดน	RCT Level 1.c	ผู้ป่วย TFA อายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 120 คน กลุ่มควบคุม 60 คน กลุ่มทดลอง 60 คน	กลุ่มควบคุม: นอนหงายราบเป็นเวลา 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลอง: เปลี่ยนท่าในท่านอนหงาย ทำนั้งกึ่งหงาย นอนตะแคงด้านตรงข้ามที่ทำหัตถการ ร่วมกับปรับระดับความสูงของหัวเตียงระหว่าง 15 ถึง 30 องศาทุกชั่วโมง	Visual analog scale	กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการปวดหลังเฉลี่ยแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในชั่วโมงที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6
7. Kardan et al., 2020 ประเทศอิหร่าน	RCT Level 1.c	ผู้ป่วย TFA อายุ 30 ถึง 60 ปี จำนวน 120 คน กลุ่มควบคุม 60 คน กลุ่มทดลอง 60 คน	กลุ่มควบคุม: นอนหงายราบเป็นเวลา 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลอง: นอนหงายราบเป็นเวลา 6 ชั่วโมง ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นเวลา 18 นาที 1 ครั้ง	Visual analog scale	กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในช่วง 20 นาที และ 2, 4 และ 6 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
8. Niknam Sarabi et al., 2021 ประเทศอิหร่าน	RCT Level 1.c	ผู้ป่วย TFA จำนวน 72 คน กลุ่มควบคุม 36 คน กลุ่มทดลอง 36 คน	กลุ่มควบคุม: นอนหงายราบเป็นเวลา 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลอง: นอนหงายราบเป็นเวลา 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นนอนหงายศีรษะสูง 15 ถึง 45 องศา	Visual analog scale	กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในชั่วโมงที่ 2-6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ (n = 10)
(ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย, ปี, ประเทศ	รูปแบบการวิจัย/ ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน	จำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	การจัดการอาการปวดหลัง	เครื่องมือประเมินอาการปวดหลัง	ผลการศึกษา
9. Türen et al., 2022 ประเทศตุรกี	RCT Level 1.c	ผู้ป่วย TFA อายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 307 คน กลุ่มควบคุม 104 คน กลุ่มทดลอง A 101 คน กลุ่มทดลอง B 102 คน	กลุ่มควบคุม: นอนหงายราบ ระดับความสูงของหัวเตียง 0 องศา 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลอง A: นอนหงายราบ ระดับความสูงของหัวเตียง 0 องศา 1 ชั่วโมง แล้วปรับระดับความสูงของหัวเตียงเป็น 15 องศา จนครบ 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลอง B: นอนหงายราบ ระดับความสูงของหัวเตียง 0 องศา 1 ชั่วโมง แล้วปรับระดับความสูงของหัวเตียงเป็น 30 องศา จนครบ 6 ชั่วโมง	Visual analog scale	ในช่วงเวลาที่ 3 และ 6 กลุ่มทดลอง A และ B มีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลอง B มีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังน้อยกว่ากลุ่มทดลอง A อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
10. Chaiyagad et al., 2023 ประเทศไทย	RCT	ผู้ป่วย TFA อายุมากกว่า 18 ปี ไม่เกิน 85 ปี จำนวน 34 คน กลุ่มควบคุม 17 คน กลุ่มทดลอง 17 คน	กลุ่มควบคุม: นอนหงายและเหยียดขาราบ 6 ชั่วโมง กลุ่มทดลอง: 1) กลุ่มเสี่ยงต่ำดูแลส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็วให้นอนบนเตียง 2 ชั่วโมง 2) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง ดูแลส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็วให้นอนบนเตียง 3 ชั่วโมง ร่วมกับการปรับระดับความสูงของหัวเตียง 3) กลุ่มเสี่ยงสูงดูแลส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็วให้นอนบนเตียง 4 ชั่วโมง ร่วมกับการปรับระดับความสูงของหัวเตียง และการพลิกตะแคงตัว	Visual analog scale	ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดหลังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการจัดการอาการปวดหลัง

1. การเปลี่ยนท่านอน พบงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง โดยการศึกษาของ บาคชี และคณะ (Bakhshi et al., 2014) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 80 คน ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนท่านอนหงายระดับความสูงของหัวเตียง 15 องศา นอนหงายระดับความสูงของหัวเตียง 30 องศา นอนตะแคงด้านตรงข้ามข้างที่ทำให้เกิดการ และท่านอนหงายระดับความสูงของหัวเตียง 30 องศา การศึกษาของ อิบดา และคณะ (Ibdah et al., 2020) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 120 คน ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนท่านอนหงาย ท่านั่งกึ่งหงาย นอนตะแคงด้านตรงข้ามที่ทำให้เกิดการ ร่วมกับการปรับระดับความสูงของหัวเตียงระหว่าง 15 ถึง 30 องศาทุกชั่วโมง และการศึกษาของ นิกนาม ซาราบี และคณะ (Niknam Sarabi et al., 2021) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 72 คน ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนท่านอนหงาย และ



ท่านอนหงายศีรษะสูงมีระดับความสูงของหัวเตียงระหว่าง 15 ถึง 45 องศา

ระยะเวลาของการเริ่มเปลี่ยนท่านอนพบว่า ในแต่ละการศึกษาที่มีความแตกต่างกัน โดยการศึกษาของ บาคชี และคณะ (Bakhshi et al., 2014) และ อิบดา และคณะ (Ibdah et al., 2020) ให้ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนท่านอน ตั้งแต่ชั่วโมงแรกภายหลังการถอดท่อนำสายสวน โดยให้เปลี่ยนท่านอนทุกชั่วโมงแต่ นิกแนม ซาราบี และคณะ (Niknam Sarabi et al., 2021) ให้ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนท่านอนภายหลังการถอดท่อนำสายสวน 2 ชั่วโมง และให้เปลี่ยนท่านอนทุกชั่วโมง

2. การปรับระดับของหัวเตียง พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 307 คน โดยผู้ป่วยได้รับการปรับระดับของหัวเตียงในชั่วโมงแรกในท่านอนหงายราบ ระดับความสูงของหัวเตียง 0 องศา ในชั่วโมงถัดไปปรับระดับความสูงของหัวเตียงเป็น 15 หรือ 30 องศา จนครบ 6 ชั่วโมง โดยได้รับการปรับระดับหัวเตียง ภายหลังการถอดท่อนำสายสวน 1 ชั่วโมง (Türen et al., 2022)

3. การส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว เป็นการลดระยะเวลาการนอนพักบนเตียงจากท่านอนหงายราบให้มี ระยะเวลาลดลงจากเดิม และมีการกระตุ้นการเคลื่อนไหวข้างเตียงเพิ่มมากขึ้น พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ศึกษา ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 137 คน โดยดูแลให้กลุ่มตัวอย่างจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลา 4 ชั่วโมง และในชั่วโมงที่ 5 ให้ยืนข้างเตียง 1 นาที ชั่วโมงที่ 6, 7 และ 8 ให้เดินรอบห้องชั่วโมงละ 2 นาที (Chair et al., 2012)

4. การลดระยะเวลาการวางหมอนทราย พบว่ามีงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยดูแลให้กลุ่มตัวอย่างนอนในท่านอนหงายราบเป็นเวลา 8 ชั่วโมง และวางหมอนทรายน้ำหนัก 4 กิโลกรัม เหนือแผลตรวจสวนหัวใจเป็นเวลา 3 ชั่วโมง (Fathi et al., 2017)

5. การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า พบงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน โดยกลุ่ม ตัวอย่างได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าทั้งสองข้างด้วยการนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อขาและเท้า นวดกดจุด ตำแหน่งสะท้อนกลุ่มประสาทช่องท้อง (solar plexus) และตำแหน่งสะท้อนกระดูกสันหลัง (spinal column) ที่เป็นจุดสะท้อนอาการปวดหลังเป็นระยะเวลา 18 นาที โดยผู้ป่วยได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าภายหลังการ ถอดท่อนำสายสวน (Kardan et al., 2020)

6. การใช้หลายรูปแบบร่วมกัน พบงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง โดยการศึกษาของ अबดุลลาฮี และคณะ (Abdollahi et al., 2015) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 140 คน ให้ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนท่านอนในท่านอนหงาย ท่า ตะแคงซ้ายขวา ร่วมกับปรับระดับของหัวเตียง 15 ถึง 45 องศา ทุกชั่วโมง ร่วมกับส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนท่านอนตั้งแต่ชั่วโมงแรกภายหลังการถอดท่อนำสายสวน และหากไม่มีภาวะแทรกซ้อนทาง หลอดเลือด ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้ภายหลังถอดท่อนำสายสวน 4 ชั่วโมง การศึกษาของ ชา และ ซอก (Cha & Sok, 2016) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 48 คน ให้ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนท่านอนในท่านอนหงาย และท่านอนตะแคง ร่วมกับปรับระดับของหัวเตียง 15 ถึง 30 องศา และ ชัยวัฒน์ ไชยภาค และคณะ (Chaiyagad et al., 2023) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 34 คน ให้ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนท่านอน ส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว ร่วมกับการปรับระดับ ความสูงของหัวเตียง โดยระยะเวลาของการเปลี่ยนท่านอน ระยะเวลาการลุกจากเตียง และการปรับระดับความสูง ของหัวเตียงจะพิจารณาตามความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ ทำให้เห็นถึงวิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วย หลังได้รับการตรวจสวนหัวใจพบว่า มีการใช้กิจกรรมที่มีความหลากหลาย โดยคำนึงถึงความสะดวกและความ เหมาะสมต่อผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าการเปลี่ยนท่านอนเป็นวิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วย หลังได้รับการตรวจสวนหัวใจที่ให้ผลลัพธ์ที่ดี โดยพบการนำไปใช้ที่หลากหลาย



ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า มีการวัดผลลัพธ์การจัดการอาการปวดหลัง และใช้เครื่องมือในการวัดผลลัพธ์ในการจัดการอาการปวดหลัง ได้แก่ มาตรฐานวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale) และมาตรฐานวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale)

การจัดการอาการปวดหลังในทุกการศึกษา ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบมีอาการปวดหลังลดลง ถึงแม้จะใช้เครื่องมือในการวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน แต่ก็พบว่า มีผลลัพธ์ไปในทางเดียวกัน คือ อาการปวดหลังลดลง ซึ่งในแต่ละการศึกษา มีการกำหนดระยะเวลาในการวัดผลที่มีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาของ บาคชี และคณะ (Bakhshi et al., 2014) ประเมินอาการปวดหลังในชั่วโมงที่ 1, 2, 3, 6 และเช้าวันรุ่งขึ้น และการศึกษาของ ฟาธี และคณะ (Fathi et al., 2017) ประเมินอาการปวดหลังทันทีเมื่อผู้ป่วยถึงหอผู้ป่วย และในชั่วโมงที่ 3, 6, 8 และ 24 เป็นต้น และนอกจากนั้น ในแต่ละการศึกษายังมีการศึกษาผลลัพธ์ในด้านอื่น ๆ เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ความไม่สุขสบายจากการปัสสาวะลำบาก และอาการปวดตำแหน่งสวนหัวใจซึ่งพบว่า การจัดการอาการปวดหลังในวิธีดังกล่าว ไม่พบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะเลือดออกที่แผล และภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มที่ได้รับการจัดการอาการปวดหลัง อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายจากการปัสสาวะลำบาก และเพิ่มสุขภาวะทางจิตให้ดีขึ้น

การอภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ โดยใช้กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ สืบค้นงานวิจัยที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2565 พบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพจำนวน 10 เรื่อง เป็นงานวิจัยในประเทศไทยจำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยต่างประเทศจำนวน 9 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม จำนวน 9 เรื่อง และงานวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวน 1 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ (Level 1.c - 2.d) และเป็นการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จำนวน 34 ถึง 307 ราย

การจัดการอาการปวดหลัง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ ซึ่งมีรูปแบบการดูแลที่หลากหลาย แต่มีจุดเน้นที่สำคัญ คือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปวดลดลง มีความสุขสบายเพิ่มมากขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ สามารถสรุปการจัดการอาการปวดหลังได้ 5 วิธี ได้แก่

1. การเปลี่ยนท่านอน เป็นการปรับเปลี่ยนอิริยาบถของผู้ป่วยให้อยู่ในท่าต่าง ๆ ได้แก่ ท่านอนหงาย ท่านอนหงายศีรษะสูง และท่านอนตะแคง เป็นต้น
2. การส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว เป็นการลดระยะเวลาการนอนพักบนเตียงจากเดิม ซึ่งการจัดการอาการปวดหลังทั้งสองวิธีมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เฟเรอิดอูนี และคณะ (Fereidouni et al., 2019) ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การเปลี่ยนท่านอนและการส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็วเป็นวิธีการจัดการปวดหลังที่สามารถลดอาการปวดหลังที่มีประสิทธิภาพ
3. การปรับระดับของหัวเตียง เป็นการปรับระดับความสูงของหัวเตียงตั้งแต่ 0 ถึง 45 องศา ซึ่งในหลายการศึกษาพบว่า สามารถลดอาการปวดหลังได้ดี แต่บางการศึกษาก็รายงานว่า การปรับระดับของหัวเตียงไม่ได้ช่วยลดอาการปวดหลังและความสุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ (Pool et al., 2015) นอกจากนี้ยังควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วยที่ได้รับการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และผู้ป่วยที่คาทำอนาสายสวน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิด



ภาวะเลือดออกที่แผลและภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนังได้ (Chaiyagad & Ruaisungnoen, 2021)

4. การลดระยะเวลาการวางหมอนทราย โดยทั่วไปจะวางหมอนทรายน้ำหนัก 2.5-4 กิโลกรัม บริเวณตำแหน่งที่ทำให้เกิดการหลังถอดท่อใส่สายสวน 6 ชั่วโมง จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด แต่มักส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดหลังได้ นอกจากการลดระยะเวลาการวางหมอนทรายที่ช่วยลดอาการปวดหลังแล้ว น้ำหนักของหมอนทรายยังมีผลต่ออาการปวดหลังอีกด้วย จากการศึกษาของ คอร์ และคณะ (Kor et al., 2020) พบว่า การลดน้ำหนักของหมอนทรายจะช่วยลดอาการปวดหลัง และเพิ่มความสุขสบายในผู้ป่วยภายหลังได้รับการสวนหัวใจ

5. การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า เป็นศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่นิยมในการลดอาการปวด โดยอาศัยการยับยั้งกลไกการเกิดอาการปวดตามทฤษฎีควบคุมประตูและกระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น (Division of Complementary and Alternative Medicine, 2019)

นอกจากนั้น ยังมีการใช้วิธีการหลายรูปแบบร่วมกัน ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทและความเหมาะสมของแต่ละการศึกษา และระยะเวลาของการจัดการอาการปวดหลังขึ้นอยู่กับแต่ละวิธีในการจัดการ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กิจกรรมที่ทำกับผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถกระทำได้ตั้งแต่มองการถอดท่อใส่สายสวน และต้องคำนึงถึงความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในผู้ป่วยแต่ละรายอีกด้วย

ในส่วนของการประเมินผลลัพธ์พบว่า มีการใช้เครื่องมือในการประเมินอาการปวดหลัง ได้แก่ มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analog scale) และมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) แต่ยังคงพบวาระยะเวลาการประเมินอาการปวดหลัง มีความแตกต่างกันตามการศึกษา นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลลัพธ์ในด้านอื่น ๆ เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ความไม่สุขสบายจากการปัสสาวะลำบาก และอาการปวดตำแหน่งสวนหัวใจ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรเลือกวิธีการจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเปลี่ยนท่านอน การปรับระดับของหัวเตียง การส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว การลดระยะเวลาการวางหมอนทราย และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยคำนึงถึงโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือผู้ป่วยที่คาท่อใส่สายสวน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดหลัง ได้แก่ การเปลี่ยนท่านอน การส่งเสริมการลุกจากเตียงเร็ว การลดระยะเวลาการวางหมอนทราย และการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการผ่านหลอดเลือดบริเวณขาหนีบอื่น ๆ เช่น การเปลี่ยนลิ้นหัวใจเออร์ติกแบบไม่ต้องผ่าตัด (Trans Catheter Aortic Valve Implantation) และการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Pacemaker implantation) เป็นต้น

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ในด้านอื่น เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ความไม่สุขสบายจากการปัสสาวะลำบาก และอาการปวดตำแหน่งสวนหัวใจ เป็นต้น



References

- Abdollahi, A. A., Mehranfard, S., Behnampour, N., & KordNejad, A. (2015). Effect of positioning and early ambulation on coronary angiography complications: A randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences, 4*(2), 125-134.
- Alorfi, N. M. (2023). Pharmacological methods of pain management: Narrative review of medication used. *International Journal of General Medicine, 16*, 3247-3256. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S419239>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Bakhshi, F., Namjou, Z., Andishmand, A., Panabadi, A., Bagherinasab, M., & Sarebanhassanabadi, M. (2014). Effect of positioning on patient outcomes after coronary angiography: A single-blind randomized controlled trial. *Journal of Nursing Research, 22*(1), 45-50.
- Cao, X., Fung, S. Y., Lai, Y. Y., Chair, S. Y., & Chew, H. S. J. (2019). Difference of radial access and femoral access on patient outcomes in diagnostic cardiac catheterization: A quasi-experimental study. *Connect: The World of Critical Care Nursing, 12*(3), 73-81.
- Cha, N. H., & Sok, S. (2016). Effects of position change on lumbar pain and discomfort of Korean patients after invasive percutaneous coronary intervention: A RCT study. *The Journal of Physical Therapy Science, 28*(10), 2742-2747.
- Chair, S. Y., Yu, M., Choi, K. C., Wong, E. M. L., Sit, J. W., & Ip, W. Y. (2012). Effect of early ambulation after transfemoral cardiac catheterization in Hong Kong: A single-blinded randomized controlled trial. *The Anatolian Journal of Cardiology, 12*(3), 222-230.
- Chaiyagad, C., Rattanakanokchai, S., Suebkinorn, O., & Ruaisungnoen, W. (2023). Effects of a back-care bundle for reducing back pain among patients undergoing transfemoral artery coronary angiography: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research, 69*, 151652. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151652>
- Chaiyagad, C., & Ruaisungnoen, W. (2021). Back pain management for patients underwent transfemoral coronary angiography: Nurse's role. *Srinagarind Medical Journal, 36*(1), 111-118. (in Thai)
- Division of Complementary and Alternative Medicine. (2019). *Foot reflexology*. We Indy Design. (in Thai)
- Elsaman, S. E. A. (2022). Association of position change and back massage and early ambulation with post-transfemoral coronary angiography complications. *Journal of Vascular Nursing, 40*(3), 128-133.
- Fathi, M., Valiee, S., & Mahmoodi, P. (2017). Effect of changing the duration of keeping sandbag over catheter insertion site on the coronary angiography acute complications: A controlled clinical trial. *Journal of Vascular Nursing, 35*(4), 193-200.



Back Pain Management Among Patients after Transfemoral Coronary Angiography: A Systematic Review

การจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

- Fereidouni, Z., Kameli Morandini, M., & Najafi Kalyani, M. (2019). The efficacy of interventions for back pain in patients after transfemoral coronary angiography: A rapid systematic review. *Journal of Vascular Nursing*, 37(1), 52-57.
- Ibdah, R. K., Ta'an, W. F., Shatnawi, R. M., Suliman, M. M., Rababah, J. A., & Rawashdeh, S. I. (2020). The effectiveness of early position change postcardiac catheterization on patient's outcomes: A randomized controlled trial. *Nursing Forum*, 55(3), 380-388.
- Kardan, M., Zarei, B., BahramiTaghanaki, H., Vagharseyyedin, S. A., & Azdaki, N. (2020). The effects of foot reflexology on back pain after coronary angiography: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 38, 101068. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.101068>
- Khananuraksa, P., Piamsomboon, C., Kositchaiwat, J., Pornwipawee, R., & Veerakul, G. (2022). High morbidity and mortality of coronary angiography without further intervention: The lesson learned from the claimed data, National Health Security Office, Thailand, Years 2016-2020. *Journal of Health Science of Thailand*, 31(2), 328-335. (in Thai)
- Kor, A., Yazdi, K., Abdollahi, A. A., & Behnampour, N. (2020). Effect of changing sandbag weight on complications of femoral artery catheterization and patients comfort: A clinical trial study. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 22(4), 23-29.
- Manda, Y. R., & Baradhi, K. M. (2023). *Cardiac catheterization risks and complications*. StatPearls Publishing.
- Niknam Sarabi, H., Farsi, Z., Butler, S., & Pishgooie, A. H. (2021). Comparison of the effectiveness of position change for patients with pain and vascular complications after transfemoral coronary angiography: A randomized clinical trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s12872-021-01922-w>
- Özyurtlu, F., Özdemir İ, H., Çetin, N., & Yavuz, V. (2022). Comparison of access site complications after early or late sheath removal in patients with PCI, regardless of ACT levels. *The Anatolian Journal of Cardiology*, 26(8), 654-661.
- Pool, J., Dercher, M., Hanson, B., Heiman, L., Li, Y., Schraeder, K., Schultz, M. P., Ziglinski, S., & Ebberts, M. (2015). The effect of head of bed elevation on patient comfort after angiography. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(6), 491-496.
- Powell, A. C., Lugo, C. T., Long, J. W., Simmons, J. D., & DeFrance, A. (2021). Characterizing cardiac catheterization utilization in a us population with commercial or medicare advantage health plans. *American Health & Drug Benefits*, 14(3), 91-100.
- The Joanna Briggs Institute. (2008). *Joanna briggs institute reviewers' manual: 2008 edition*. Joanna Briggs Institute, Adelaide.
- The Joanna Briggs. (2017). *Critical appraisal checklist for qualitative research*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf



Back Pain Management Among Patients after Transfemoral Coronary Angiography: A Systematic Review

การจัดการอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ
ผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

The Joanna Briggs. (2020). *Critical appraisal checklist for randomized controlled trials.*

https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_RCTs.pdf

Türen, S., Yilmaz, R. A., Yesiltepe, N., & Bektas, I. (2022). Effect of the head of bed elevation on back pain after elective coronary angiography: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 64, 151571. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151571>



The Perception of Exercise in Patients with Acute Myocardial Infarction* การรับรู้การออกกำลังกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*

เรวดี	เสนากลาง**	Raywadee	Sanaklang**
มะลิวรรณ	ศิลารัตน์***	Maliwan	Silarat***
วาสนา	รวยสูงเนิน****	Wasana	Ruaisungnoen****

Abstract

Exercise, while beneficial for heart health in acute myocardial infarction (AMI) survivors, is often avoided due to fear. This descriptive qualitative study explored the perceptions of exercise in 20 AMI patients through in-depth interviews. Interviews were conducted using an interview guide developed by the researchers. The objective was to explore the perception of exercise in terms of its meaning, related factors, and exercise patterns.

The results revealed that AMI patients viewed any movement as exercise as they stated "any movement is exercise" and "movements prolong life" reflecting a recognition of its health benefits. Motivators included regaining health, recognizing exercise benefits, having friends to exercise, and family encouragement. However, fear of chest pain, anxiety, fatigue, and mobility limitations acted as barriers. They desired personalized, device-assisted, and supervised exercise, highlighting the need for tailored programs and specialized coaching for safe and effective rehabilitation.

Therefore, healthcare teams should develop diverse, personalized exercise programs and provide specialized coaching to ensure safe and effective rehabilitation for AMI patients.

Keywords: Perception; Exercise; Acute myocardial infarction

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Graduate student, Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University;
e-mail: smaliw@kku.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Received 9 February 2024; Revised 21 April 2024; Accepted 24 May 2024



The Perception of Exercise in Patients with Acute Myocardial Infarction การรับรู้การออกกำลังกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

บทคัดย่อ

การออกกำลังกาย แม้จะส่งผลดีต่อสุขภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่ผู้ป่วยมักจะหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายเนื่องจากความกลัว การศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณานี้ เป็นการสำรวจมุมมองต่อการออกกำลังกายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 20 ราย ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์ที่นักวิจัยพัฒนาขึ้น วัตถุประสงค์เพื่อค้นหาการรับรู้การออกกำลังกายในด้านความหมาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และรูปแบบการออกกำลังกาย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมองว่า การเคลื่อนไหวใด ๆ ก็ถือเป็นการออกกำลังกาย ผ่านการนิยามการออกกำลังกายว่า “ขยับเท่ากับออกกำลังกาย” และ “ขยับก้าวต่อชีวิต” ซึ่งสะท้อนความตระหนักถึงประโยชน์ด้านสุขภาพ แรงจูงใจในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ การฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย การตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย การมีเพื่อนออกกำลังกาย และการกระตุ้นจากครอบครัว อย่างไรก็ตาม ความกลัวอาการเจ็บหน้าอก ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า และข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว เป็นอุปสรรคของการออกกำลังกายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ป่วยต้องการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ใช้เครื่องช่วยเหลือ และได้รับการดูแลจากผู้ฝึกสอน ซึ่งเน้นย้ำถึงความจำเป็นของโปรแกรมที่ออกแบบเฉพาะ และการฝึกสอนพิเศษสำหรับการฟื้นฟูที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ทีมผู้ดูแลสุขภาพจึงควรพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายที่หลากหลาย และเฉพาะบุคคล และจัดหาผู้ฝึกสอนเฉพาะทาง เพื่อให้คำแนะนำและดูแลการออกกำลังกายอย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การรับรู้ การออกกำลังกาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น e-mail: smaliw@kku.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันที่รับบทความ 9 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไขบทความ 21 เมษายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 24 พฤษภาคม 2567



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: AMI หรือ Acute coronary syndrome: ACS) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก โดยมีประชากรเสียชีวิตจาก AMI ประมาณปีละ 9.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.2 (World Health Organization, 2020) ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563-2564 มีผู้เสียชีวิตจาก AMI เพิ่มขึ้นจาก 31.8 เป็น 33.5 ต่อแสนประชากร (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2022) สะท้อนให้เห็นปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิตคนไทย ยิ่งไปกว่านั้น AMI ยังเป็นสาเหตุของหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง หรือภาวะทุพพลภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม (Heart Association of Thailand Under the Royal Patronage of H.M.the King, Cardiovascular Intervention Association Thailand et al., 2020)

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นโรคหัวใจที่มีอาการรุนแรงจากการอุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน วูบหมดสติ และอาจเสียชีวิตกะทันหันได้ ขณะเกิดอาการผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความทุกข์ทรมานและวิตกกังวล จากอาการที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและรวดเร็ว การรักษากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในปัจจุบัน ได้แก่ การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Byrne et al., 2023) ซึ่งเป็นการรักษาที่ต้องทำโดยเร่งด่วนเพื่อลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และป้องกันการสูญเสียชีวิต ภายหลังจากการรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ การให้ความรู้ และให้คำปรึกษาในการฟื้นฟู การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การออกกำลังกายมีความสำคัญยิ่งสำหรับผู้ป่วย AMI ที่ได้รับการรักษาแล้ว เนื่องจากสามารถช่วยฟื้นฟูการทำงานของหัวใจ การออกกำลังกายจึงเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งเป็นกระบวนการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ที่มีเป้าหมายส่งเสริมสมรรถนะด้านร่างกายและจิตสังคมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation [AACVPR], 2020) การออกกำลังกายที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกายได้ถึงร้อยละ 25-30 ซึ่งจะลดอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เจ็บแน่นหน้าอก (Ruaisungnoen et al., 2020) ยิ่งไปกว่านั้น การออกกำลังกายช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดไขมัน LDL ในเลือด ควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งเป็นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้ลดอัตราการเกิดโรคซ้ำและอัตราการเข้านอนโรงพยาบาลได้ (Winnige et al., 2021)

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วย AMI มักมีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล เกี่ยวกับการออกกำลังกาย เนื่องจากกังวลว่าการออกกำลังกายอาจทำให้อาการเจ็บหน้าอกกำเริบ หรือทำให้โรคหัวใจรุนแรงขึ้น กลัวอันตรายและความไม่ปลอดภัยระหว่างการออกกำลังกาย ส่วนหนึ่งจากประสบการณ์เดิมที่เกิดอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงในขณะที่มีกิจกรรมออกแรง (Herber et al., 2017; Nilsson et al., 2023) ส่งผลให้ผู้ป่วยมักหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย หรือไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว

การออกกำลังกายตามคำแนะนำทางการแพทย์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้มีการใช้แรงกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างมีแบบแผน ซึ่งเป็นออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน เพื่อเพิ่มระดับความทนในการทำงานของระบบหัวใจ ปอด และการไหลเวียนโลหิต จนถึงระดับอัตราการเต้นของหัวใจที่ร้อยละ 60-85 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด ใช้ระยะเวลาประมาณ ครั้งละ 20-60 นาที จำนวน 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีขั้นตอนตั้งแต่การอบอุ่นร่างกาย ออกกำลังกาย และผ่อนคลายร่างกาย เพื่อให้ร่างกายสามารถปรับตัวและมีความปลอดภัยขณะออกกำลังกาย (AACVPR, 2020) อย่างไรก็ตาม มุมมองของผู้ป่วยต่อการออกกำลังกายหลังการเกิดโรคหัวใจแตกต่างจากมุมมองทางการแพทย์ ซึ่งมองว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรม



The Perception of Exercise in Patients with Acute Myocardial Infarction การรับรู้การออกกำลังกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ทางกายที่สามารถปรับให้เข้ากับตนเอง ทำได้ง่าย รู้สึกปลอดภัย เป็นไปตามความคาดหวังและเป้าหมายของตนเอง โดยมีนักกายภาพ หรือผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำในการออกกำลังกาย (Nilsson et al., 2023) ความแตกต่างระหว่างมุมมองทางการแพทย์ของบุคลากรทางสุขภาพกับมุมมองของผู้ป่วย AMI ที่มีต่อการออกกำลังกาย อาจส่งผลกระทบต่อความยึดมั่นในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เนื่องจากข้อมูลและคำแนะนำที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย

ผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการรับรู้ และทัศนคติของผู้ป่วยต่อการออกกำลังกายตามประสบการณ์มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการออกกำลังกายหลังเกิด AMI (Herber et al., 2017; Nilsson et al., 2023; Ruano-Ravina et al., 2016) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษาในคนไทยเกี่ยวกับการรับรู้การออกกำลังกายหลังเกิด AMI มีน้อย และขึ้นอยู่กับบริบทสังคมวัฒนธรรมที่ทำการศึกษา (Tongtiam et al., 2016) การทำความเข้าใจการรับรู้ต่อการออกกำลังกายของผู้ป่วยหลังเกิด AMI ตามบริบทสังคมวัฒนธรรมพื้นที่ศึกษาจะช่วยสะท้อนการรับรู้การออกกำลังกายบนพื้นฐานความเชื่อและประสบการณ์ โดยเชื่อว่าการรับรู้ของแต่ละบุคคลมีความหลากหลายและแตกต่างกัน ข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญสำหรับบุคลากรในการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่ตอบสนองตามความต้องการ เพื่อนำไปสู่การมีส่วนร่วมและความยั่งยืนในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษามุมมองเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้ป่วย AMI ในพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองและกึ่งชนบทแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา มีเอกลักษณ์ด้านสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อและประเพณีแบบอีสาน ประชาชนในพื้นที่มีความหลากหลายด้านการศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย และมีรายได้ระดับปานกลาง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่จะนำมาออกแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วย AMI ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่ออธิบายความหมาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และรูปแบบการออกกำลังกายตามมุมมองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Qualitative descriptive research) รายละเอียดมีดังนี้

พื้นที่ศึกษา: พื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองและกึ่งชนบท มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีความหลากหลายชาติพันธุ์ และมีเอกลักษณ์ด้านสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อและประเพณีแบบอีสาน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีรายงานว่ามีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นทุกปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูน หรือผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา จำหน่ายกลับบ้านเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีที่อยู่อาศัยห่างจากโรงพยาบาลที่ทำการรักษาไม่เกิน 120 กิโลเมตร เพื่อสามารถติดตามสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้ ในกรณีผู้ให้ข้อมูลอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการคัดกรองการรับรู้จากการชักประวัติ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เพื่อพิจารณาว่าผู้ให้ข้อมูลสามารถสื่อสารและโต้ตอบได้เป็นอย่างดี

ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล โดยค้นหารายชื่อจากฐานข้อมูลและเวชระเบียนของโรงพยาบาล คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด เชิญชวนเข้าร่วมการวิจัยในช่วงที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา เมื่อผู้ป่วยสมัครใจยินยอม ผู้วิจัยติดต่อขอทำการสัมภาษณ์ที่บ้าน หรือสถานที่ที่ผู้ป่วยสะดวก โดยมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลรวม 20 คน เมื่อข้อมูลมี



ความอึดตัว และเกณฑ์คัดออกคือ กรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ และจากการศึกษานำร่องในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 5 ราย หลังจากนั้นจึงสร้างแนวคำถามโดยมีประเด็นเกี่ยวกับการให้ความหมายของการออกกำลังกาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย โดยคำถามที่ใช้จะเป็นคำถามปลายเปิด สามารถยืดหยุ่นได้ตามข้อมูลและสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วย แล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลชำนาญการโรคหัวใจ จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นทำการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ การออกกำลังกายตามที่ท่านคิดหรือตามที่ท่านรับรู้ ท่านคิดอย่างไร เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น การออกกำลังกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นอย่างไร เหมือนหรือต่างกับการออกกำลังกายโดยทั่วไปอย่างไร เพราะเหตุใด มีอะไร หรือสิ่งใดที่ทำให้ท่านอยากออกกำลังกาย หรือไม่ออกกำลังกาย ท่านคิดว่าเพราะอะไรท่านจึงออกกำลังกาย หรือไม่ออกกำลังกายเพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น ท่านคิดว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์อย่างไร เพราะอะไรท่านจึงคิดเช่นนั้น ท่านคิดว่าอะไร สิ่งใดทำให้ท่านไม่ออกกำลังกาย ท่านคิดว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจควรออกกำลังกายแบบไหน อย่างไร เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น และท่านคิดว่าถ้าจะส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคหัวใจออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายต่อเนื่อง หมอ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ ภายภาพ ควรเข้ามาช่วยเหลืออย่างไร

2. อุปกรณ์สำหรับบันทึกข้อมูล ได้แก่ สมุด ปากกา และเทปบันทึกเสียง

3. นักวิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลักสูตร Social Science and Behavioral Research และ Basic ethical principle in Biomedical research and GCP for nurse จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 16 ชั่วโมง และผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก การจดบันทึกภาคสนาม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยนักวิจัยเป็นผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ คอยจดบันทึกเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สังเกตเห็น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การเขียนรายงานวิจัยเชิงคุณภาพ และฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมและฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพจากอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ จนผ่านการประเมินว่ามีความพร้อมและทักษะเพียงพอในระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักสิทธิความปลอดภัยและการยอมรับในความเป็นบุคคล ทั้งนี้โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE642110 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลตติยภูมิที่ทำการเก็บข้อมูล เลขที่ใบรับรอง 034/2021 ผู้วิจัยปกป้องผู้ให้ข้อมูลโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ทำให้ระบุตัวตนได้ของผู้เข้าร่วมวิจัย เคารพการตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษา โดยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบก่อนการตัดสินใจลงนามยินยอมว่า สามารถออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการได้รับบริการสุขภาพที่ได้รับจากโรงพยาบาล



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้แนวคำถาม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ใช้การบันทึกเทป สัมภาษณ์ที่บ้านผู้ป่วยโดยไม่มีญาติร่วมในการให้ข้อมูล ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ไม่เกินครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 1-2 ครั้งต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงแก่น (Thematic content analysis) ด้วยการถอดเทป อ่านข้อมูลอย่างละเอียดและรอบคอบโดยการอ่านซ้ำหลายครั้ง เพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูล และระบุประเด็นสำคัญ สร้างรหัส (coding) เพื่อระบุข้อความ หรือคำที่แสดงถึงธีมหรือแก่นหลัก จัดประเภทข้อมูลเป็นหมวดหมู่ เพื่อนำมาจำแนกรหัสตามธีมหรือแก่นหลัก และสร้างข้อสรุปจากข้อมูล ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลและการวิเคราะห์ด้วยวิธีตรวจสอบสามเส้า ซึ่งเป็นการใช้วิธีการหลากหลายในการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยพูดคุยกับบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล เช่น บุคคลในครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความสอดคล้องกันของข้อมูล และยืนยันความเที่ยงตรงของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน และนักวิจัยเชิงคุณภาพที่มีประสบการณ์

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และสรุปผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งได้ 3 ประเด็น (แก่น) หลัก คือ 1) นิยามของการออกกำลังกาย 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย และ 3) รูปแบบการออกกำลังกายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนี้

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลจำแนกเป็น เพศชาย 12 ราย เพศหญิง 8 ราย อายุเฉลี่ย 61.4 ปี โดยมีกลุ่มอายุระหว่าง 60-82 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 50) สถานภาพสมรสคู่-อยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 85) นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 45) และมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 60) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ไตเรื้อรัง โรคเกาต์ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI (ร้อยละ 55) และ Non-STEMI (ร้อยละ 45) ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 95) ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 5) ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ประเด็นที่ 1: นิยามของการออกกำลังกาย

ผู้ให้ข้อมูล นิยามการออกกำลังกายที่สะท้อนความหมายแตกต่างกัน 2 ประเด็น (แก่น) คือ “**ขยับเท่ากับออกกำลังกาย**” สะท้อนถึงมุมมองเกี่ยวกับกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายที่ทำในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งไม่ว่าจะเล็กน้อยหรือมากก็ถือว่าได้ออกกำลังกายแล้ว ผู้ให้ข้อมูลลักษณะนี้รับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายมากกว่าการออกกำลังกายอย่างเป็นทางการ และเป็นรูปแบบ และ “**ก้าวเดินต่อชีวิต**” สะท้อนความเชื่อว่าการออกกำลังกายช่วยให้ชีวิตยืนยาว จากการที่หัวใจทำงานดีขึ้น ร่างกายแข็งแรงขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลลักษณะนี้รับรู้การออกกำลังกายว่า เป็นกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน ลักษณะของกีฬาหรือการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบต่าง ๆ ดังคำกล่าว



“ขยับเท่ากับออกกำลังกาย”

“...เมื่อก่อนป่าเล่นสูลาสุขทุกวัน แต่หลังมาเป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น มันเหนื่อยง่าย ตอนนี้อาบน้ำไม่ทำงาน ลูกอยากให้อยู่บ้านเฉย ๆ ก็ทำงานบ้านก็ ก๊อ ก๊อ กวาดบ้าน ล้างจาน เดินรอบบ้าน เดินไปเดินมา บางทีก็แกว่งแขนแบบเบา ๆ ไม่หนักมาก..ป่าก็ว่าได้ออกกำลังกายแล้วละ...” (ID02/14/06)

“...ทำอะไรยังงี้ก็ได้ที่ไม่อยู่นิ่งเฉย ๆ ทำงานแบบให้ร่างกายเหมือนได้ขยับไปเรื่อย ๆ ยกของก็ยกเป็นจังหวะ ยกขาขึ้นลง แกว่งแขน ยืนบิดเนื้อบิดตัว อะไรพวกนี้ ถือว่าให้ร่างกายมันได้ขยับใช้ไหม คิดว่าน่าจะเป็นอย่างนี้ หรือไปกวาดดูบ้าน นั่นถือว่าได้ออกกำลังกายแล้วละ...” (ID07/58/08)

“...คิดว่าออกกำลังกาย เราจะทำยังงี้ก็ได้ ทำให้มันใช้กำลังแขน กำลังขา ไม่อยู่นิ่ง ผมก็หอบหิ้ว หาบพริกทีละถุงปุ๋ย เมื่อยก็พัก ผมก็ทำแบบนี้ละก็ถือว่าได้ออกกำลังกายไปในตัว...” (ID20/200/21)

“ก้าวเดินต่อชีวิต”

“...ก็เดินจากบ้านไปตลาด ไปวัดก็เดินไปเดินกลับ มันไม่ไกลพอเดินได้ เดินต่อกันสักครึ่งชั่วโมง... เผื่ออย่างหนึ่งอย่างใด กล้ามเนื้อหัวใจมันจะได้แข็งแรง แขนขามีแรง ทำอะไรจะได้ไม่เหนื่อย ป้าว่าค่อย ๆ ก้าว ค่อย ๆ เดินไป บริหารตัวเองไป จะได้มีชีวิตอยู่กับลูกกับหลานไปนาน ๆ...” (ID02/14/09)

“...ออกกำลังกายมันต้องให้ร่างกายได้ขยับ เลือดมันจะไหลดีขึ้น หัวใจจะดีขึ้น กล้ามเนื้อมันได้ยืด แขนขามีกำลัง ส่วนใหญ่จะเดินเหิน ๆ เหมือนที่เค้าเรียกออกกำลังกายตามสวนสาธารณะที่มันต้องเดินถี่ ๆ เดินเร็ว ๆ ต่อกันสักครึ่งชั่วโมง มันจะทำให้ฟื้นตัวได้ไวตอนที่ป่วยเป็นหัวใจ แล้วจะแข็งแรงขึ้น ไม่เจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาล มีอายุยืนยาวแบบมีคุณภาพ ไม่ใช่ยืนยาวแล้วนอนติดเตียง...” (ID16/163/01)

ประเด็นที่ 2: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย ที่จัดกลุ่มได้ 2 ลักษณะ คือ สิ่งกระตุ้นให้อยากออกกำลังกาย และอุปสรรคของการออกกำลังกาย ดังนี้

1. สิ่งกระตุ้นให้อยากออกกำลังกาย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านร่างกายและสังคม

ด้านร่างกาย “**ร่างกายกลับมาแข็งแรงใกล้เคียงเดิม**” ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนระบุว่า ภายหลังจากการรักษาทำให้อาการดีขึ้น ไม่มีอาการผิดปกติ จึงรู้ว่าสุขภาพกลับมาแข็งแรงใกล้เคียงเดิม สะท้อนปัจจัยภายในบุคคล คือ การประเมินอาการของตนเองของผู้ให้ข้อมูลหลังการรักษา ที่นำไปสู่การรับรู้ที่สำคัญในด้านร่างกาย คือ ความมั่นใจที่จะออกกำลังกาย และการมองเห็นข้อดีของการออกกำลังกายว่าทำให้ไม่เหนื่อยง่าย กระฉับกระเฉง และรู้สึกว่าร่ากายแข็งแรงขึ้น ทำให้รู้สึกอยากออกกำลังกาย ดังคำกล่าว

“...หลังเป็นโรคหัวใจตีบ หมอก็รักษาใส่บอลลูน อาการดีขึ้นแล้ว ร่างกายมันกลับมาใกล้เคียง เดิม ไม่เจ็บหน้าอก หมอก็สอนให้ออกกำลังกาย ทำนั้นแบบนี้ ให้เดิน บริหารยกแขนยกขา พอกลับมาบ้าน ก็เดินไปเดินมา แถวบ้าน ค่อย ๆ ทำแล้วค่อย ๆ เพิ่ม ทำไปสักพัก ร่างกายมันก็กระฉับกระเฉง กระปรี้กระเปร่าขึ้น เวลาไปทำงาน มันก็เหมือนเราล่องตัว มันเบาตัว...” (ID07/58/19)

“...เป็นหัวใจตีบ 2 เส้น หมอรักษาดีขึ้นแล้ว ไม่เจ็บหน้าอก แต่ยังมีแบบเหนื่อย ๆ อยู่ หมอบอกให้ออกกำลังกายได้ ให้เดิน ให้ปั่นจักรยาน...ออกกำลังกายที่แรกมันจะเหนื่อย ๆ กลัวจะเป็นขึ้นมาอีก (เจ็บแน่นหน้าอก)..”



The Perception of Exercise in Patients with Acute Myocardial Infarction การรับรู้การออกกำลังกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เลยทำทีละน้อย ๆ ก็ทำมาเรื่อย ๆ ไม่ปวดตรงหน้าอก ทีนี้ก็ออกกำลังกายได้นานขึ้น รู้สึกแข็งแรงขึ้น ไม่เหนื่อยง่ายเหมือนเดิมแล้ว... ” (ID017/175/10)

ด้านสังคม “มีเพื่อนออกกำลังกาย” และ “ครอบครัวกระตุ้น” ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การมีเพื่อนออกกำลังกาย ทำให้อยากออกกำลังกาย เพราะได้พูดคุยระบาย รู้สึกสบายใจ และการชักชวนของเพื่อนก็ทำให้รู้สึกอยากไปออกกำลังกาย นอกจากนี้การสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนช่วยสร้างความมั่นใจ และเป็นการกระตุ้นที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย สะท้อนปัจจัยภายนอกที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย หรือทำให้มีกิจกรรมทางกาย ดังคำกล่าว

“.. เมื่อก่อนชอบออกไปวิ่งบ้าง เดินบ้างเป็นประจำ...หลังเป็นโรคหัวใจตีบก็จะออกกำลังกายบ้างบางวัน แบบว่าเดินเดินไปเรื่อย ๆ ลักซ์วอม แต่เวลามีเพื่อนออกกำลังกาย เดินบ้าง ไปปั่นจักรยานบ้าง มันก็จะทำได้เรื่อย ๆ ได้เพื่อน ได้คุยกัน มีอะไรก็ระบายให้ฟัง อย่างว่าล่ำมันทำให้มีแรง มีกำลังใจ เขาทำได้ เราก็คงทำได้...” (ID06/51/02)

“...บางทีมันก็ไม่ใช่ว่าจะไปออกกำลังกายอย่างเดียว แต่เวลามีเพื่อนไปออกกำลังกายมันเหมือนเราได้คุย สนุกตามเพื่อนตามฝูงไป มันก็มีกำลังใจ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า...เวลามีเพื่อนชวนไปเล่นออกกำลังกายก็จะไป เราก็คงสนุก...” (ID13/140/05)

“...หมอสอนให้ออกกำลังกาย ยายก็กลัวว่าจะเจ็บหน้าอกใหม่ ลูกก็บอกให้ลองทำดู..ที่แรกก็เดินไปมารอบบ้าน เพิ่มวันละรอบสองรอบ ก็ทำได้ รู้สึกแขนขาแข็งแรงขึ้น ลูกก็บอกให้ทำทุกวันวันไหนอยากไปเล่นอุปกรณ์ที่อยู่สนามโรงเรียน ลูกก็พาไปส่ง ได้เวลาเค้าก็มารับกลับ...” (ID19/190/03)

2. อุปสรรคของการออกกำลังกาย ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงปัญหาอุปสรรคที่ทำให้หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายตามการรับรู้และประสบการณ์ ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจและด้านสังคม ดังนี้

ด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าภายหลังการเจ็บป่วยทำให้ภาวะสุขภาพเปลี่ยนไปจากเดิม ง่ายขึ้น อ่อนล้าจากพยาธิสภาพของโรคที่ยังเหลืออยู่ ซึ่งเป็นสิ่งขัดขวางที่ทำให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกายลดลง จากที่เคยแข็งแรง ทำงานได้ กลับกลายเป็นต้องลดงานลง หรือไม่ได้ทำงาน และผู้สูงอายุบางคนมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้หลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย สะท้อนปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีการรับรู้ถึงความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดอาการผิดปกติหรือมีความรุนแรงของอาการที่อาจเกิดขึ้นได้จากการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์เดิมที่เคยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก รุนแรง หรือเคยมีอาการผิดปกติเมื่อออกกำลังกายมาก่อน ดังคำกล่าว

“...ที่แรกมาโรงพยาบาล มันเจ็บแน่น ๆ หน้าอกเหมือนใจจะขาด เหนือออกเป็นเม็ดใหญ่ ๆ มือเย็น ใจสั่นไปหมด...หลังจากหมอทำบายพาส (ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ) ก็กลับมาอยู่กับลูก อยู่บ้านทั้งวัน ไม่กล้าออกแรง กลัวมันแน่นขึ้นมาอีก...เป็นหลายโรค กลัวนี่อีก ตอนนี้เป็นหมอนกระดูกทับเส้น มันชา มันปวด เดินก็ไม่ไหว เลยไม่อยากออกกำลังกาย...” (ID05/46/20)

“...หลังเป็นโรคหัวใจ ก็ไม่ได้ทำงาน อยู่บ้านเฉย ๆ มีลูกดูแล มันเหนื่อยง่าย รู้สึกอ่อนล้าไปทั้งตัว ทำอะไรก็เหนื่อย พอเดินปั๊มมีอาการรู้สึกว้าว หายใจเริ่มขัด ๆ แล้ว เลยหยุด เพราะกลัววูบ เคยไปออกกำลังกาย พอเหนื่อยออกก็ทรุดฮวบ แล้วก็วูบไปเลย...” (ID11/106/18)



The Perception of Exercise in Patients with Acute Myocardial Infarction การรับรู้การออกกำลังกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

“...ตั้งแต่เป็นโรคหัวใจ ทำอะไรก็ไม่ค่อยไหว มันเหนื่อยในหัวใจ กระเทือนหัวใจ มันเจ็บ ๆ ตรงหัวใจเลย เวลาออกแรง กลัวเลยไม่อยากทำอะไร...เคยลองไปเดินเร็ว ๆ สักพักมันก็เหนื่อย หายใจไม่ไหว เหมือนใจจะขาดให้ได้ เลยหยุด...” (ID20/198/21)

ด้านสังคม ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการออกกำลังกายหลังการเจ็บป่วยด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอาจส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัว กลัวเป็นภาระลูกหลานที่จะต้องพาไปโรงพยาบาล อีกประเด็นคือ ความห่วงใย หรือความวิตกกังวลของครอบครัวต่อการออกกำลังกายของผู้ให้ข้อมูล กลัวว่าที่จะเกิดเหตุการณ์เจ็บหน้าอกรุนแรงซ้ำเติม ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่ส่งผลต่อการออกกำลังกาย ผู้ให้ข้อมูลบางรายจึงถูกห้ามไม่ให้ออกกำลังกายหรือทำงานที่ต้องออกแรง ดังคำกล่าว

“...อยากออกกำลังกาย อยากไปเดินบ้าง แต่ก็กลัวว่ามันจะเหนื่อย เป็นภาระเขาที่จะต้องพาไปหาหมอ ลูกสาวก็เป็นห่วง บอกว่าอย่าเดินหลาย ขนาดลูกไปล้างจาน ลูกก็ถามว่าแม่เมื่อไหร่จะพัก เดียวก็เหนื่อยอีก...” (ID02/14/20)

“...เมื่อก่อนทำนา ทำทั้งวันไม่เหนื่อย หลังเป็นหัวใจ ก็ไม่ได้ทำงาน อยู่บ้านเฉย ๆ อยากไปเดินออกกำลังกาย ลูกไม่ให้ไปเด็ดขาด ไม่ให้ไปทำงาน กลัวจะไปป่วยอีก จะไปลำบากเค้าต้องพาไปหาหมอ ลูกบอกว่าพ่ออย่าเพิ่งด่วนทำเลย ตอนนี้นู๋กำลังยุ่ง...ไ้เราก็อยากไปแหละ แต่ลูกไม่ให้ไป อยากเดินไปดูเค้าเกี่ยวข้าว ลูกก็ไม่ให้ไป บอกไม่ต้องไป พ่อทำอะไรไม่ได้ ก็ต้องอยู่เฉย ๆ...” (ID20/203/08)

ประเด็นที่ 3: รูปแบบการออกกำลังกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้เกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังกายที่แตกต่างกันตามภาวะสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม จึงอาจส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่แตกต่างกัน รูปแบบการออกกำลังกายที่ต้องการมี 3 ลักษณะ คือ ออกกำลังกายพอเหมาะกับตัวเอง มีตัวช่วย และมีพี่เลี้ยง รายละเอียดมีดังนี้

1. “ออกกำลังกายพอเหมาะกับตัวเอง” เป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่เกิดจากการรับรู้ว่าการออกกำลังกายแบบเบา ๆ ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ตามความชอบ หรือความถนัด เป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์เพียงพอและส่งผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งส่วนหนึ่งสะท้อนถึงความกลัว หรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกำเริบของโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นประสบการณ์การเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมองว่าการออกกำลังกายควรเป็นกิจกรรมทางกายตามความถนัดที่แต่ละคนพอจะทำได้ โดยใช้ความรู้สึกจากการประเมินอาการตนเองเป็นตัวกำหนด สะท้อนมุมมองตามนิยามการออกกำลังกาย “ขยับเท่ากับออกกำลังกาย” ดังคำกล่าว

“...คนเป็นโรคหัวใจ มันก็ต้องออกกำลังกายบ้าง แต่ไม่จำเป็นต้องไปวิ่งเอาเป็นเอาตาย เอาแค่เดินยกแขนขา ปั่นจักรยานยังงี้ ให้ออกกำลังกายได้ขยับ ค่อย ๆ ทำ ค่อย ๆ เพิ่ม เอาที่มันเหมาะกับตัวเอง...” (ID04/38/32)

“...ผมก็ว่าต้องออกกำลังกายที่มันเหมาะกับร่างกายตัวเองเนี่ย ว่ารับไหวมั๊ย รู้สึกเวียนหน้ามั๊ย รู้สึกว่าจะเป็นลมมั๊ย รู้สึกว่ากล้ามเนื้อเราเนี่ย เจ็บปวดมั๊ย มันก็ต้องลดตามสเต็ปของร่างกายเรา...” (ID16/164/02)

2. “มีตัวช่วย” ผู้ให้ข้อมูลต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย เช่น สถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกายที่ใกล้บ้าน เข้าถึงง่าย ใช้งานเป็น และปลอดภัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดภายนอกต่อการออกกำลังกาย ซึ่งมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับรายได้ และการเดินทาง ดังคำกล่าว



“...ผมว่าซื้อเครื่องออกกำลังกายในบ้านดีที่สุดเลย เพราะจะออกกำลังกายตอนไหนก็ได้ ยิ่งทุกวันนี้
ในหมู่บ้านเราที่มีเทศบาลเกือบทุกตำบล โรงเรียน ตลาด โรงพยาบาล หรือชุมชนเค้าก็มีเครื่องออกกำลังกาย
เหมือนกัน ถ้าคนไม่มีกำลังซื้อ ควรเค้าให้ไปที่นั่นเพื่อสุขภาพของตัวเอง...” (ID16/161/14)

“...ผมออกกำลังกายโดยที่ว่าจะบางทีก็เดินเล่น วิ่งเล่นบ้าง ส่วนมากจะไปกับเพื่อน บางทีอยู่ ๆ ก็ไม่ได้ไป
กับเขา... พอมีอุปกรณ์ออกกำลังกายที่หลวงเค้าตั้งไว้ในหมู่บ้าน มันอยู่ใกล้ที่พักด้วย สะดวกดี ผมก็ไปนั่งโยกขา ปั่น
จักรยาน มันก็มีหลายแบบหลายตัว ก็เพลินดี ได้เหงื่อด้วย ส่วนใหญ่ทำตอนเย็น ๆ...” (ID13/141/08)

3. “มีที่เลี้ยง” ผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกกังวลใจว่า จะเกิดอาการผิดปกติและไม่มั่นใจว่าการออกกำลังกาย
แบบใดเหมาะสมกับตนเอง เป็นมุมมองที่เกี่ยวกับปัจจัยภายนอกที่เสริมสร้างความมั่นใจต่อความปลอดภัยในการ
ออกกำลังกาย ทั้งในด้านของความรู้และทักษะที่จำเป็นต้องใช้ และการให้แรงเสริมต่อการออกกำลังกาย จึง
ต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำและเป็นพี่เลี้ยงเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคและ
เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล ดังคำกล่าว

“...ก็ทำตามของตัวเองเคยทำแต่ก็ไม่รู้ว่ามันดีไหม อยากให้หมอมาแนะนำว่าออกกำลังกายที่ว่ามันเหมาะ
กับคนที่เป็หัวใจ มันต้องทำยังไง ทำแบบไหนถึงจะถูก...” (ID03/27/17)

“...อยากให้หมอช่วยกระตุ้นให้พยายามออกกำลังกายให้เยอะ ๆ อยากให้พยาบาลออกมาตรวจเช็ค
ออกมาเยี่ยม ให้คำแนะนำว่าออกกำลังกายแบบใดจึงจะเหมาะ ทำเท่าไรจะดี เพราะว่าคนไข้ เค้าจะทำได้ถูก แล้ว
จะได้ไม่กลัว...” (ID16/162/01)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วย AMI นิยามความหมายของการออกกำลังกายใน 2 ลักษณะ คือ “ขยับเท่ากับออก
กำลังกาย” และ “ก้าวเดินต่อชีวิต” โดยนิยาม “ขยับเท่ากับออกกำลังกาย” เป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย ขยับตัว
ไม่อยู่นิ่ง เป็นกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ไม่ได้ระบุว่าจะต้องมีรูปแบบหรือระยะเวลาที่ชัดเจน การนิยามใน
ลักษณะนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าใจว่า การทำกิจวัตรประจำวัน
ตามปกติ หรือการทำงานบ้านก็เปรียบเสมือนได้ออกกำลังกาย โดยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากกว่า
กิจวัตรประจำวัน จากความกลัวจะเกิดเหตุการณ์ซ้ำเดิมเมื่อเจ็บป่วยรุนแรง (Prateepmanowong, 2019)
คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ศันสนีย์ ดำรงศิลป์ และคณะ (Damrongsin et al., 2017) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
หัวใจที่มีการตีบตันซ้ำรับรู้ว่าการกิจกรรมทางกายเบา ๆ เช่น เดิน แกว่งแขน หรือรำไทเก๊ก นับเป็นการขยับ
ร่างกายเสมือนออกกำลังกาย

สำหรับนิยาม “ก้าวเดินต่อชีวิต” เป็นความเชื่อว่าการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบต่อเนื่อง เช่น กีฬาต่าง ๆ
ช่วยให้หัวใจทำงานดีขึ้น ร่างกายแข็งแรงและมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น เป็นมุมมองที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์
ที่ระบุว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกายที่เพียงพอและต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ
การทำงานของหัวใจในระยะยาวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Hu et al., 2023) โดยที่การใช้พลังงาน
เพื่อทำกิจกรรมทางกาย (Metabolic equivalent; METs) 1 METs ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 12
(Gadager et al., 2022)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย ได้แก่ สิ่งกระตุ้นให้อยากออกกำลังกาย คือ ความแข็งแรงของ
ร่างกาย และการกระตุ้นหรือสนับสนุนจากคนรอบข้าง อธิบายได้ว่าผู้ป่วย AMI ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติ
ทางการแพทย์ (Byrne et al., 2023) จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ประกอบกับ การได้รับ



The Perception of Exercise in Patients with Acute Myocardial Infarction

การรับรู้การออกกำลังกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ข้อมูลคำแนะนำ และฝึกทักษะออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยเอาชนะความกลัวและเกิดความมั่นใจที่จะออกกำลังกาย (Visseren et al., 2021) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวออกกำลังกายมากกว่าผู้ที่มีข้อจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาของ เซอร์วีโอ และคณะ (Servio et al., 2019) ที่พบว่า การเป็นโรคกระดูกและข้อเป็นอุปสรรคสำคัญของการออกกำลังกายในผู้ป่วยหลังจำหน่าย ในขณะที่การตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายด้านการลดอาการเหนื่อยและรู้สึกร่างกายแข็งแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยอยากออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกาย (Ponpai & Kaidit, 2017)

นอกจากนี้ การมีเพื่อนออกกำลังกาย การชักชวนจากเพื่อนและครอบครัว เป็นแรงกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยต้องการออกกำลังกาย คล้ายคลึงกับการศึกษาของ มัณฑนารัตน์ จิตติกุล และคณะ (Thitikul et al., 2017) ที่พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนซึ่งเป็นแรงจูงใจในการออกกำลังกาย โดยที่แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกาย (Alharbi et al., 2017)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย สะท้อนประเด็นปัญหาที่แตกต่างกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม อธิบายได้ว่า การมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นสิ่งกีดขวางที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมออกกำลังกายเปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดจากการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงของโรคหรือยังคงมีพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลต่อสมรรถภาพหัวใจ และจากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่วิกฤตรุนแรง ทำให้บางคนเกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ไม่กล้าออกกำลังกาย การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจไม่กล้าออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย ส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่เข้าใจ กลัวโรคกำเริบ กลัวอันตรายต่อชีวิต ขาดแรงจูงใจ ขาดการรับรู้ประโยชน์ (Fangreow & Ua-Kit, 2021) การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (Ponpai & Kaidit, 2017)

สำหรับอุปสรรคด้านสังคม จากการที่ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยรุนแรง ทำให้ครอบครัวมีความห่วงใยและกังวลว่าจะเกิดเหตุการณ์ซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จึงถูกห้ามไม่ให้ออกกำลังกาย หรือออกกำลังกาย (Fangreow & Ua-Kit, 2021) ดังนั้น การค้นหาปัญหาอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้ป่วยแต่ละบุคคลโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคร่วม รวมทั้งการวางแผนปรับความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อาจจะเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดอุปสรรคในการออกกำลังกายได้

จากมุมมองของผู้ป่วย มีรูปแบบการออกกำลังกายที่แตกต่างกันตามภาวะสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ รายได้ และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามรูปแบบการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยต้องการ ได้แก่ ออกกำลังกายพอเหมาะกับตนเอง ด้วยการออกกำลังกายเบา ๆ มีตัวช่วยในการออกกำลังกาย สิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย และมีพี่เลี้ยง ที่คอยเสริมสร้างความมั่นใจต่อความปลอดภัยในการออกกำลังกาย จากมุมมองของผู้ป่วยด้านการต้องการคำแนะนำวิธีการและรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมความมั่นใจ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา สุขะนันท์ และคณะ (Sukanan et al., 2022) ที่พบว่า การให้คำปรึกษาและการฝึกออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ถูกรักษาและเหมาะสม โดยการใช้รูปแบบการสอนอย่างง่ายร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่นำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพของหัวใจและหลอดเลือดได้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลระบุความต้องการเพิ่มเติมด้านสิ่งอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกายใกล้บ้าน เข้าถึงง่าย ใช้งานเป็น และมีความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สูดหล้า เหมือนเดช และคณะ (Meuandej et al., 2021) ที่พบว่า ศูนย์บริการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ควรมีอุปกรณ์ครบครันเหมาะสมกับคนในชุมชน เข้าถึงและใช้งานง่าย โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลให้คำแนะนำการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้เข้ารับบริการ



แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกายและได้รับการฝึกทักษะออกกำลังกายก่อนกลับบ้านแล้ว แต่เมื่อกลับบ้าน ยังคงขาดความมั่นใจและขาดแรงกระตุ้นในการออกกำลังกาย ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง จึงมีความต้องการให้ทีมสุขภาพหรือผู้เชี่ยวชาญติดตามแนะนำและให้คำปรึกษาเพิ่มเติมทั้งในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน ทางออนไลน์ หรือทางโทรศัพท์ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ (Rerkluenrt, 2019) ที่พบว่า โปรแกรมการสอนเพื่อการเรียนรู้ กระตุ้น ติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความรู้ความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งนี้ ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ยังเป็นแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้ และเป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายมากขึ้น (Servio et al., 2019)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้ให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับความต้องการด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วย AMI ในพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองและกึ่งชนบทแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติ ในบริบทสังคมวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกับการศึกษา บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปออกแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้ป่วย AMI หลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ที่สอดคล้องกับความต้องการตามมุมมองของผู้ป่วยแต่ละคน การให้ข้อมูลที่ส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยและญาติ ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และสัทธิการออกกำลังกาย โดยจัดกิจกรรมการออกกำลังกายที่หลากหลายรูปแบบ เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละคน รวมถึงการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

2. ด้านการวิจัย ในการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในพื้นที่เฉพาะจังหวัดนครราชสีมา มีช่วงอายุ ระดับการศึกษา และเศรษฐฐานะคล้ายคลึงกัน และร้อยละ 95 เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ จึงอาจไม่สะท้อนมุมมองของผู้ป่วยที่มีลักษณะส่วนบุคคล การรักษา และบริบทสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย AMI ที่มีความหลากหลายด้านบริบทสังคมวัฒนธรรม ลักษณะส่วนบุคคล และการรักษาที่แตกต่างกัน เพื่อขยายองค์ความรู้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกคนที่สละเวลาอันมีค่าให้ข้อมูล งานวิจัยสำเร็จจุล่งด้วยดี

References

- Alharbi, M., Gallagher, R., Neubeck, L., Bauman, A., Prebill, G., Kirkness, A., & Randall, S. (2017). Exercise barriers and the relationship to self-efficacy for exercise over 12 months of a lifestyle-change program for people with heart disease and/or diabetes. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 16*(4), 309–317.
- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. (2020). *Guidelines for cardiac rehabilitation programs* (6th ed.). Human Kinetics.
- Byrne, R. A., Rossello, X., Coughlan, J. J., Barbato, E., Berry, C., Chieffo, A., Claeys, M. J., Dan, G. A., Dweck, M. R., Galbraith, M., Gilard, M., Hinterbuchner, L., Jankowska, E. A., Jüni, P., Kimura, T., Kunadian, V., Leosdottir, M., Lorusso, R., Pedretti, R. F. E., ... Ibanez, B. (2023). 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal, 44*(38), 3720–3826. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191>



The Perception of Exercise in Patients with Acute Myocardial Infarction การรับรู้การออกกำลังกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

- Damrongsin, S., Putwatana, P., & Khuwatsamrit, K. (2017). Self-care behaviors among patients with coronary in-stent restenosis. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 18*(2), 220–227. (in Thai)
- Fangreow, S., & Ua-Kit, N. (2021). The effect of health promoting program on physical activity among myocardial infarction re-hospitalized patients after underwent percutaneous coronary intervention. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 32*(1), 14–28. (in Thai)
- Gadager, B. B., Tang, L. H., Ravn, M. B., Doherty, P., Harrison, A., Christensen, J., Taylor, R. S., Zwisler, A. D., & Maribo, T. (2022). Benefits of cardiac rehabilitation following acute coronary syndrome for patients with and without diabetes: A systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovascular Disorders, 22*(1), 295. <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02723-5>
- Heart Association of Thailand Under the Royal Patronage of H. M. the King, Cardiovascular Intervention Association Thailand, Thai Vascular Association, & Committee for the Development of Health Service Systems in the Heart Disease Branch Ministry of Public Health. (2020). *Thai acute coronary syndromes guidelines 2020*. http://www.thaiheart.org/images/introc_1599350902/Thai%20ACS%20Guidelines%202020.pdf (in Thai)
- Herber, O. R., Smith, K., White, M., & Jones, M. C. (2017). ‘Just not for me’-contributing factors to nonattendance/noncompletion at phase III cardiac rehabilitation in acute coronary syndrome patients: A qualitative enquiry. *Journal of Clinical Nursing, 26*(21–22), 3529–3542. <https://doi.org/10.1111/jocn.13722>
- Hu, Q., Li, P. X., Li, Y. S., Ren, Q., Zhang, J., Liang, Y. C., Zhang, Q. Y., & Han, Y. L. (2023). Daily exercise improves the long-term prognosis of patients with acute coronary syndrome. *Frontiers in Public Health, 11*, 1126413. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1126413>
- Meuandej, S., Senangkanikorn, N., Kamlaithong, N., & Saorong, P. (2021). The suitable health fitness center for the urban society. *Rattanakosin Journal of Social Sciences and Humanities, 3*(2), 70-81. (in Thai)
- Nilsson, U., Oberg, B., & Back, M. (2023). Patients’ perceptions of exercise-based cardiac telerehabilitation after a myocardial infarction-a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(7), 5420. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075420>
- Ponpai, W., & Kaidit, A. (2017). Predictors for exercise behaviors among health personnel in Songkhla province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(Suppl.), S180–S195. (in Thai)
- Prateepmanowong, J. (2019). The relationships between activities of daily living, exercise behaviour and quality of life in older persons with coronary artery disease. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 27*(4), 66-76. (in Thai)
- Rerkluent, J. (2019). Effect of learning-activated-telephone-home visiting (LATH) program on quality of life among patients with coronary artery disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 30*(1), 89-101. (in Thai)



The Perception of Exercise in Patients with Acute Myocardial Infarction การรับรู้การออกกำลังกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

- Ruaisungnoen, W., Silarat, M., & Wonggom, P. (2020). Home-based cardiac rehabilitation for patients with coronary artery disease. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(4), 18-27. (in Thai)
- Ruano-Ravina, A., Pena-Gil, C., Abu-Assi, E., Raposeiras, S., van 't Hof, A., Meindersma, E., Prescott, E. I. B., & González-Juanatey, J. R. (2016). Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs: A systematic review. *International Journal of Cardiology*, 223, 436-443. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.08.120>
- Servio, T. C., Britto, R. R., de Melo Ghisi, G. L., da Silva, L. P., Silva, L. D. N., Lima, M. M. O., Pereira, D. A. G., & Grace, S. L. (2019). Barriers to cardiac rehabilitation delivery in a low-resource setting from the perspective of healthcare administrators, rehabilitation providers, and cardiac patients. *BMC Health Services Research*, 19(1), 615. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4463-9>
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2022). *Public health statistics A.D. 2021*. The Ministry of Public Health. (in Thai)
- Sukanan, G., Salaeh, S., & Kaewutai, K. (2022). The development of nursing care model for rehabilitation of congestive heart failure patients in Pattani Hospital. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 30(2), 67-80. (in Thai)
- Thitikul, M., Duangpaeng, S., & Kunsongkeit, W. (2017). Factors influencing exercise behavior among acute myocardial infarction patients after percutaneous coronary intervention. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 10(2), 155-173. (in Thai)
- Tongtiam, W., Tantikosoom, P., & Jitpanya, C. (2016). Factors related to physical activity in patients with cardiovascular disease: Synthesis of research in Thailand. *Journal of the Police Nurses*, 8(1), 34-43. (in Thai)
- Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., Benetos, A., Biffi, A., Boavida, J. M., Capodanno, D., Cosyns, B., Crawford, C., Davos, C. H., Desormais, I., Angelantonio, E. D., Franco, O. H., Halvorsen, S., Hobbs, F. D. R., Hollander, M., ... Williams, B. (2021). 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
- Winnige, P., Vysoky, R., Dosbaba, F., & Batalik, L. (2021). Cardiac rehabilitation and its essential role in the secondary prevention of cardiovascular diseases. *World Journal of Clinical Cases*, 9(8), 1761-1784. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i8.1761>
- World Health Organization. (2020). *The top 10 causes of death*. <https://kku.world/0qef>



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

จिरพงษ์	ศรียเทพ*	Jirapong	Srithep*
นรลักษ์	เอื้อกิจ**	Noraluk	Ua-Kit**

Abstract

Sexual dysfunction, one of the problems after acute myocardial infarction, is often untreated or unaddressed at discharge. The purpose of this quasi-experimental two-group pre-posttest design was to study the effects of a sexual self-concept promoting program through mobile application on sexual function among males with acute myocardial infarction after percutaneous coronary intervention. Participants were selected by purposive sampling and put into an experimental group or a control group, with 22 participants per group. The research instruments included 1) the sexual self-concept promoting program through mobile application for 3 weeks, 2) the international index of erectile function questionnaire, and 3) sexual self-concept questionnaire. The research instruments used for data collection were examined by five experts, with content validity indexes of 1 and .82, and reliability coefficients of .92 and .94. The data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results showed that after experimenting with the program, the mean sexual function scores for the experimental group ($M = 67.09$, $SD = 4.03$) were significantly higher than those before the experiment ($M = 64.05$, $SD = 4.69$) ($t = 6.05$, $p < .05$) as well as than those of the control group ($M = 41.64$, $SD = 18.55$) with statistical significance ($t = 6.29$, $p < .05$).

This study showed that the sexual self-concept promoting program through mobile application for males with acute myocardial infarction after percutaneous coronary intervention could increase sexual function. Nurses can apply this program to promote sexual function.

Keywords: Sexual function; Acute myocardial infarction; Mobile application; Percutaneous coronary intervention; Sexual self-concept promoting program

* Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; email: noralukuakit@yahoo.com

Received 29 March 2024; Revised 22 May 2024; Accepted 17 June 2024



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศ
ในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

บทคัดย่อ

การทำหน้าที่ทางเพศบกพร่อง เป็นปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่ได้ได้รับการประเมินหรือค้นหาปัญหาตั้งแต่ก่อนจำหน่าย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 ราย และกลุ่มควบคุม 22 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน ระยะเวลา 3 สัปดาห์ และ 2) แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ และ 3) แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และ .82 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 และ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ paired t-test และ independent t-test.

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศ ($M = 67.09$, $SD = 4.03$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 64.05$, $SD = 4.69$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.05$, $p < .05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 41.64$, $SD = 18.55$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.29$, $p < .05$)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ในเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ทางเพศ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โมบายล์แอปพลิเคชัน การขยายหลอดเลือดหัวใจ โปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ

* นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย email: noralukuakit@yahoo.com

วันที่รับบทความ 29 มีนาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 22 พฤษภาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 17 มิถุนายน 2567



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI) เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขโลกและสาธารณสุขไทย จากการรายงานสถิติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในราชูปถัมภ์ พบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดร้อยละ 34.67 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะ AMI โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (Acute ST segment elevation Myocardial Infarction: Acute STEMI) มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 21.64 ในปี พ.ศ. 2554 เหลือประมาณร้อยละ 16.80 ในปี พ.ศ. 2564 เมื่อติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อเนื่องไป 1 ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตยังคงค่อนข้างสูงร้อยละ 14 สำหรับประเทศไทย เพศชายมีความชุกต่อการเกิดโรคมกกว่าเพศหญิง ร้อยละ 73 และ ร้อยละ 23 ตามลำดับ ปัจจุบันพบมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นช่วงอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 32.80 (Phomdontre & Damkliang, 2021)

Acute STEMI เป็นภาวะการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจอย่างสมบูรณ์ และมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ ST ยก นานกว่า 20 นาที การรักษาหลัก คือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ผ่านสายสวนหลอดเลือดโคโรนารีทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบหรือข้อมือ (Lemasawat, 2021) ภายหลังจากการทำหัตถการ ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรก ถึง 2 สัปดาห์ คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และจากการขยายหลอดเลือดหัวใจรวมถึงหลอดเลือดที่ทำหัตถการได้รับความเสียหาย (Wongchareon et al., 2021) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความกลัวในการเคลื่อนไหว พบว่าผู้ป่วยทำกิจกรรมลดลง ร้อยละ 60 โดยใช้เวลาวางส่วนใหญ่ในการนั่งและนอนพักผ่อน (Fangreow & Ua-Kit, 2021) วิตกกังวล ร้อยละ 37 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35 และพบปัญหาสำคัญซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินตั้งแต่ก่อนจำหน่าย คือ การทำหน้าที่ทางเพศบกพร่อง (sexual dysfunction) โดยเฉพาะผู้ป่วย Acute STEMI ในเพศชาย (Smith et al., 2022)

การทำหน้าที่ทางเพศในเพศชาย เป็นการตอบสนองทางเพศจากการได้รับการกระตุ้นทางเพศจากทางร่างกายและจิตใจ มี 4 ระยะ คือ 1) ระยะตื่นตัว มีความต้องการทางเพศ หรือ/และเมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศ อวัยวะเพศเริ่มขยายขนาดและแข็งตัว 2) ระยะกำหนัด อวัยวะเพศแข็งตัวจนสามารถสอดใส่ในช่องคลอดได้ และคงสภาพการแข็งตัวของอวัยวะเพศตลอดระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ 3) ระยะจุดสุดยอด มีการหลั่งน้ำอสุจิ และ 4) ระยะการกลับสู่สภาพ ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย อวัยวะเพศอ่อนตัวลงและกลับมาสู่ภาวะปกติ (Masters & Johnson, 1966) จากการทบทวนวรรณกรรมของ ชัญญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษ์ณ เอื้อกิจ (Uthassiripanich & Ua-Kit, 2011) พบว่าภายหลังเกิด AMI เพศชายยังคงมีพฤติกรรมทางเพศปกติไม่ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรค AMI ในขณะที่เพศหญิง 1 ปี ก่อนเป็นโรค AMI มีพฤติกรรมทางเพศลดลงอยู่ก่อนแล้ว สอดคล้องกับ สมิท และคณะ (Smith et al., 2021) ที่พบว่าผู้ป่วย AMI เพศชายหลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์ ยังคงมีความต้องการทางเพศในด้านการทำหน้าที่ทางเพศในระดับสูง แต่เนื่องจากกลัวว่าการทำกิจกรรมทางเพศจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการกำเริบซ้ำ และเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ จึงเกิดความไม่มั่นใจที่จะเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์

ปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรคทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังหลอดเลือดอวัยวะสืบพันธุ์ไม่เพียงพอ การบาดเจ็บของหลอดเลือดแดงที่ใช้ทำหัตถการ โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ขา การที่ไม่ได้รับคำแนะนำในประเด็นเพศสัมพันธ์จากบุคลากรทางสุขภาพ เช่น อาจคิดว่าผู้ป่วยไม่ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ขาดการฝึกอบรมการให้ข้อมูลเรื่องสุขภาพทางเพศ และมีภาระงานมาก เป็นต้น (Steinke, 2016) และผู้ป่วยไม่กล้าที่จะขอคำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

(Longlalerng, 2018) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 86.4 ต้องการคำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยส่วนใหญ่ต้องการคำปรึกษาเรื่องสัญญาณอันตรายระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 75 ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ลดลงจากการไม่ได้รับคำแนะนำ ตามมาตรฐาน American Heart Association Guideline 2012 ที่กำหนดแนวทางปฏิบัติให้แพทย์ พยาบาล แนะนำผู้ป่วย AMI ภายหลัง การขยายหลอดเลือดหัวใจให้เริ่มกลับมา มีเพศสัมพันธ์ภายใน 1-2 สัปดาห์ได้ กรณีผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และควรตรวจประเมินความพร้อมของร่างกาย (Smith et al., 2022)

ปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ได้แก่ การแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลงร้อยละ 40.5 มีความต้องการทางเพศลดลงร้อยละ 45.9 หลังเร็วและไม่ถึงจุดสุดยอดร้อยละ 24.3 (Longlalerng, 2018) ผลจากการขาดความต้องการทางเพศ ทำให้ผู้ป่วยมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง พบในเพศชาย ร้อยละ 59 เพศหญิง ร้อยละ 48 (Lindau et al., 2016) ด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ร้อยละ 37 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35 ซึ่งทำให้ความเพลิดเพลิน และความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง (Daniel et al., 2018) ด้านสังคมและครอบครัว เกิดปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศในชีวิตสมรส การแยกกันอยู่ หย่าร้าง เป็นต้น (Tirgari et al., 2019)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วย AMI ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ แบ่งปัจจัยตามระยะ ดังนี้ ระยะการฟื้นตัวทางเพศ และระยะการกลับสู่สภาพ ได้แก่ อายุ (Rambhatla & Rajfer, 2018) เพศ ความพึงพอใจทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม (Boonrueang & Ua-kit, 2020) การเฝ้าระวังมากเกินไปจากคูครอง (Arenhall et al., 2018) ความกลัวการเคลื่อนไหว (Popradab et al., 2023) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการทางเพศ และการเร้าอารมณ์ทางเพศ ระยะกำหนด และระยะจุดสุดยอด ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ (Boonrueang & Ua-kit, 2020) ประเภทการรักษาโรคหัวใจ (Manolis et al., 2020) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ (Boonrueang & Ua-kit, 2020; Smith et al., 2021; Uthassiripanich & Ua-Kit, 2011) ส่งผลต่อการแข็งตัวของอวัยวะเพศ การถึงจุดสุดยอด และ การหลั่งน้ำอสุจิ จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นพบว่า มีความสัมพันธ์และร่วมทำนายการทำหน้าที่ทางเพศ และพบปัจจัยที่นำไปใช้ในหลายการศึกษา ได้แก่ ความพึงพอใจทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ โดยทั้ง 4 ปัจจัยสอดคล้องกับแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual Self-Concept: SSC) (Steinke et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบวิธีการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วย AMI ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ 2) การให้คำปรึกษาแบบต่อหน้า 3) การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพร่างกายและกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และ 4) การให้คำปรึกษาผ่านการโทรศัพท์ โดยกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นรูปแบบรายบุคคล อย่างไรก็ตาม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องละเอียดอ่อนในสังคมและวัฒนธรรมไทย ผู้ป่วยมักจะไม่กล้าสอบถามปัญหาเรื่องเพศแบบต่อหน้า (Arenhall et al., 2018) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำ และการแก้ไขปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ได้ตรงกับความต้องการ ซึ่งในปัจจุบันมีการนำสื่อสังคมออนไลน์โดยเฉพาะโทรศัพท์ เป็นเครื่องมือสื่อสารสำหรับให้ข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย และมีประสิทธิภาพในการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ (Watzke et al., 2017) ฟาริซโกดา และคณะ (Farajkhoda et al., 2022) พบว่าวิธีการให้คำปรึกษาผ่านการใช้ออปพลิเคชันวอทแอป (Whatsapp) และโทรศัพท์ ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางเพศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเฉพาะวิธีการใช้วอทแอปดีกว่าโทรศัพท์

จากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า มีการนำแนวคิดทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวคิดการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ (Masters & Johnson, 1966) แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

(Bandura, 1997) แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับแนวคิดฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศ (Tirgari et al., 2019) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่ครอบคลุมทุกมิติของการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากโปรแกรมส่วนใหญ่ เป็นการส่งเสริมเพียงด้านใดด้านหนึ่งขององค์ประกอบการทำหน้าที่ทางเพศ ในขณะที่พบว่า ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ ของ สเตนเก้ (Steinke et al., 2008) ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรค Acute STEMI เพศชายซึ่งครอบคลุมทุกมิติ แต่ยังไม่พบการนำปัจจัยดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศ

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วย Acute STEMI เพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยประยุกต์แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน สำหรับเป็นช่องทางติดต่อสื่อสาร ปรึกษาเรื่องปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ที่มีความเป็นส่วนตัวที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และติดตามปัญหาและอุปสรรคในการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงแนวทางแก้ไขปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศ ภายหลังเกิดภาวะ Acute STEMI และเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย Acute STEMI ภายหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยเพศชายที่เป็นโรค Acute STEMI หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยเพศชายที่เป็นโรค Acute STEMI หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยเพศชายที่เป็นโรค Acute STEMI หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยเพศชายที่เป็นโรค Acute STEMI หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการทำหน้าที่ทางเพศดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept: SSC) ของ สเตนเก้ และคณะ (Steinke et al., 2008) มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำโปรแกรม ซึ่งอธิบายมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ความพึงพอใจทางเพศ เป็นความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง เมื่อเกิดความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ จะคงการมีกิจกรรมทางเพศต่อเนื่องไปเป็นปกติหรือมีความต้องการเพิ่มขึ้น 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ตามความต้องการและสำเร็จ 3) ความวิตกกังวลทางเพศ เป็นความวิตกกังวลใจถึงผลกระทบหรืออันตรายที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ และ 4) ภาวะซึมเศร้าทางเพศ เป็นความรู้สึกเศร้า ไม่มีความสุขในสัมพันธ์ภาพทางเพศ เนื่องจากเมื่อมีความต้องการทางเพศแล้วผู้ป่วยไม่สามารถที่จะกระทำได้ หรือสามารถกระทำได้แต่ปฏิเสธเพราะกลัวอันตรายต่อชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า องค์ประกอบของแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ซึ่ง มาสเตอร์ และ จอห์นสัน (Masters & Johnson, 1966) กล่าวว่า วงจรการตอบสนอง



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ทางเพศของกระบวนการทำหน้าที่ทางเพศ ดังนี้ 1) ระยะตื่นตัว การแข็งตัวของอวัยวะเพศจะมีการเปลี่ยนแปลงช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับ การได้รับการกระตุ้น หากถูกยับยั้งจากทางร่างกายและจิตใจส่งผลให้อวัยวะเพศแข็งตัวไม่เต็มที่และอาจจะหยุดได้ 2) ระยะกำหนด หากการกระตุ้นทางเพศหรือความต้องการทางเพศไม่เพียงพอหรือทั้งหมดหยุดลง ส่งผลให้อวัยวะเพศไม่สามารถสอดใส่ไปในช่องคลอด หรือคงสภาพการแข็งตัวขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ จะทำให้ไม่สามารถดำเนินไปยังระยะสุดยอดได้หรือยาวนานมากขึ้น 3) ระยะจุดสุดยอด เป็นระยะที่เกิดการหลั่งน้ำอสุจิ โดยรูปการตอบสนองของร่างกายทั้งหมดเกิดขึ้นจากประสบการณ์แต่ละบุคคล 4) ระยะการกลับสู่สภาพ พบว่าสามารถที่จะกลับไปสู่ระยะกำหนดและจุดสุดยอดอีกครั้ง ซึ่งขึ้นอยู่กับ การกระตุ้นทางเพศและปัจจัยส่วนบุคคล

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นได้ว่า การทำหน้าที่ทางเพศมีความเกี่ยวข้องกันทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ดังนั้น โปรแกรมการวิจัยเพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ทางเพศของบุคคลให้ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ และโมบายล์แอปพลิเคชันโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชันมาจัดกระทำร่วมเพื่อส่งเสริมให้เกิดอัตมโนทัศน์ทางเพศที่ดี ภายหลังการเกิดภาวะ Acute STEMI

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วย Acute STEMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลตติยภูมิ เพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย AMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ โดยการเปิดตารางของ โคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดขนาดอิทธิพลปานกลาง (effect size = .50) เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ระดับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 ในการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (one-tailed test) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน รวมทั้งหมด 44 คน จับคู่ (Matched pairs) ได้แก่ อายุ โดยกำหนดเป็นช่วงอายุ (Rambhatla & Rajfer, 2018) และประเภทของยารักษาโรคหัวใจ (Manolis et al., 2020) คือ beta-blocker และ diuretic

เกณฑ์การคัดเข้า กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ผู้ป่วย Acute STEMI ที่ได้รับการรักษา โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพศชาย 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังเกิด AMI ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น VT, VF เจ็บหน้าอก ใจสั่น หอบเหนื่อย เป็นต้น 3) ไม่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยใช้แบบคัดกรอง IIEF5 (คะแนนอยู่ระหว่าง 22-25 คะแนน) (Sangkum et al., 2017) 4) ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ 5) มีคู่นอนอยู่ด้วยกัน และยังคงมีกิจกรรมทางเพศ (ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์) 6) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรม และมีโทรศัพท์สามารถใช้โมบายล์แอปพลิเคชันในการติดต่อสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดออก/ยุติการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย มีอาการเปลี่ยนแปลงของโรคหัวใจขณะเข้าร่วมโปรแกรม เช่น แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น และผู้ป่วยไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมต่อ หรือเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ช่วงอายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเริ่มกลับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ (International Index of Erectile Function: IIEF15) ของ โรเซน และคณะ (Rosen et al., 1997) แปลเป็นภาษาไทย โดย อภิชาติ กงกะนันท์ และคณะ (Kongkanand et al., 2003) ซึ่งครอบคลุม 4 ระยะ ของการทำหน้าที่ทางเพศของเพศชายตามแนวคิดของ มาสเตอร์ และ จอห์นสัน (Masters and Johnson, 1966) จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย ความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศ ความสามารถในการถึงจุดสุดยอด ความต้องการทางเพศ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และความพึงพอใจโดยรวม การแปลผลช่วงคะแนน 5-75 คะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Kongkanand et al., 2003)

คะแนน 5-28 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 29-52 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 53-75 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับมาก

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำเครื่องมือมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 1 และความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ประยุกต์ใช้แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) ได้แก่

1.1 แผนการให้ความรู้ และคู่มือ เรื่องการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศต่อการทำหน้าที่ทางเพศเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรค AMI ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเริ่มกลับมา มีเพศสัมพันธ์ วิธีประเมินความพร้อมของสมรรถนะร่างกาย การปฏิบัติตัวและข้อควรหลีกเลี่ยงก่อนมีเพศสัมพันธ์ อาการผิดปกติระหว่างมีเพศสัมพันธ์ คำถาม-คำตอบที่พบบ่อยเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหลังเกิด AMI

1.2 แผนการติดตามผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันส่วนตัว เป็นแบบติดตามอาการและประเมินปัญหาภายหลังจากจำหน่าย โดยการโทรศัพท์ผ่านไลน์แอปพลิเคชันในทุกวันจันทร์ของสัปดาห์

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ ฉบับภาษาไทย ของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ (Longlalerng & Ua-Kit, 2009) แปลมาจาก สเตนกี และคณะ (Steinke et al., 2008) จำนวน 17 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เป็นข้อคำถามทางบวก เห็นด้วยอย่างมาก 5 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างมาก 1 คะแนน ข้อคำถามทางลบ เห็นด้วยอย่างมาก 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างมาก 5 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ .82 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .94

การแปลผลคะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 17-85 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีอัตมโนทัศน์ต่ำ คะแนนรวมสูง หมายถึง มีอัตมโนทัศน์ทางเพศสูง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ต้องมีคะแนนอัตมโนทัศน์ทางเพศมากกว่าร้อยละ 80 นั่นคือ ต้องมีคะแนนอย่างน้อย 68 คะแนนจากคะแนนเต็ม 85 คะแนน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองและผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง เลขที่โครงการวิจัย 023/2566 ภายหลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากกรวิจัย สามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมในกลุ่มควบคุมจนครบ หลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน

สัปดาห์ที่ 1: ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกหัวใจและหลอดเลือด

กิจกรรมที่ 1 ประเมินการทำหน้าที่ทางเพศโดย IIEF15 และประเมินมุมมองในด้านเพศสัมพันธ์โดยแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศเพื่อใช้ในการประเมินปัญหา และการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ ระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 15 นาที

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมให้ความรู้ และคำปรึกษารายบุคคล ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค และผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางเพศภายหลังเกิดเพศภายหลังเกิด Acute STEMI การปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ พร้อมทั้งให้คู่มือการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศเพื่อให้ทบทวนต่อที่บ้าน ซึ่งแจกรายละเอียดการใช้โมบายล์แอปพลิเคชัน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 45 นาที

กิจกรรมที่ 3 ช่วงวันที่ 2-7 ส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน ดำเนินกิจกรรมในทุกวันจันทร์ของแต่ละสัปดาห์ ระยะเวลา 15-30 นาที ดังนี้

1. สอบถามอาการทั่วไปของอาการทางโรคหัวใจ และขออนุญาตผู้ป่วยพูดคุยในประเด็นเรื่องเพศสัมพันธ์เพื่อสอบถามการกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ภายหลังจากเกิด Acute STEMI พร้อมนำประเด็นปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย ดำเนินการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศในแต่ละรายตามแนวทาง ดังนี้

1.1 กิจกรรมการส่งเสริมความพึงพอใจทางเพศ แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจทางเพศในระยะเวลาที่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ หรือหลังมีเพศสัมพันธ์ โดยการแสดงพฤติกรรม เช่น การกอด การจูบ และการพูดคุยถึงความต้องการทางเพศกับคู่ครอง เป็นต้น

1.2 กิจกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ เน้นย้ำการทดสอบสมรรถภาพร่างกายจากกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเดินระยะทาง 1.60 กิโลเมตร ภายในระยะเวลา 10-15 นาที หรือ ขึ้นลงบันได 20 ชั้นใน 10 วินาที (Steinke et al., 2013) และให้ข้อมูลว่า หากสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ ก็สามารถที่จะกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย แนะนำการออกกำลังกาย เช่น การเดินออกกำลังกาย และการบริหารกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน เป็นต้น (pelvic floor muscles) (Tirgari et al., 2019)

1.3 กิจกรรมลดความวิตกกังวลทางเพศ และกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าทางเพศ โดยสอบถามความวิตกในการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนมีเพศสัมพันธ์ เช่น ระยะเวลาที่เหมาะสม อาการผิดปกติ การแก้ไขอาการผิดปกติเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ โทรศัพทติดตามอาการผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคทางร่างกายและจิตใจ และเปิดโอกาสให้ขอคำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำหรือแก้ไขปัญหาในประเด็นที่ผู้ป่วยต้องการ

สัปดาห์ที่ 2-3: ดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกิจกรรมที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 1 โดยในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยประเมินอัตมโนทัศน์ทางเพศ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 80 ของคะแนนแบบสอบถาม เพื่อให้มั่นใจว่าโปรแกรมฯ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ในกรณีที่กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ ผู้วิจัยจะตรวจสอบว่ากลุ่มทดลองในแต่ละรายยังคงมีปัญหาในมิติใดของอัตมโนทัศน์ทางเพศ และดำเนิน กิจกรรมซ้ำในส่วนที่ยังเป็นปัญหาพร้อมทั้งให้คำปรึกษา และประเมินซ้ำหลังจากดำเนินกิจกรรมสิ้นสุด ผลการดำเนินการกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

สัปดาห์ที่ 4: ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และประเมินการทำหน้าที่ทางเพศโดยใช้ IIEF15 พร้อมทั้งแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามแนวทางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการปฏิบัติตัวในด้านอื่น ๆ เช่น การรับประทานยา การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัด เป็นต้น พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดโครงการวิจัย

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สัปดาห์ที่ 1: ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งแจ้งรายละเอียดการวิจัย เพื่อพิจารณาตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานของโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และตอบแบบสอบถามแบบ IIEF15 พร้อมนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งถัดไปอีก 3 สัปดาห์ ณ คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ใช้เวลาในการดำเนินการ 45 นาที

สัปดาห์ที่ 4: ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม IIEF15 ให้ความรู้ตามแผนการสอน และมอบคู่มือการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศ ใช้เวลาในการดำเนินการ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ paired t-test วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ independent t-test และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า มีการกระจายข้อมูลแบบปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 22 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 22 ราย พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างในด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.95 ปี (SD = 5.57) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 47.59 ปี (SD = 5.51) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีภาวะน้ำหนักเกิน โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 25.80 kg/m^2 (SD = 4.50) และ 23.43 kg/m^2 (SD = 2.77) ตามลำดับ ระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมและทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.91 และร้อยละ 54.54 ตามลำดับ ระยะเวลาเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังเกิดภาวะ Acute AMI หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ ร้อยละ 45.45 ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังไม่เริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 40.91

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M = 64.05, SD = 4.69) ต่ำกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M = 67.09, SD = 4.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.05, p < .001$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M = 60.96, SD = 4.8) สูงกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M = 41.64, SD = 18.55) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = -4.95, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศหลังเข้าร่วมโปรแกรม (M = 67.09, SD = 4.03) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 64.05, SD = 4.69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($t = 6.29, p < .001$) และพบว่า การทดสอบความแตกต่าง



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ของคะแนนเฉลี่ย (\bar{d}) การทำหน้าที่ทางเพศก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.04 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ -19.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะ Acute STEMI หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 44)

การทำหน้าที่ทางเพศ	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 22)		\bar{d}	t ^a	p-value
	M	SD	M	SD			
ก่อนทดลอง	64.05	4.69	60.96	4.18	3.04	2.30	.013*
หลังทดลอง	67.09	4.03	41.63	18.55	-19.50	6.29	<.001**
	t ^b = 6.05, p < .001**		t ^b = -4.95, p < .001				

^a independent t-test, ^b paired t-test, *p < .05, **p < .001

การอภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัย ข้อ 1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยเพศชายที่เป็น Acute STEMI หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วย Acute STEMI เพศชายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) อธิบายได้ว่า โปรแกรมฯ ที่พัฒนามาจากแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) ซึ่งส่งผลให้มุมมองส่วนบุคคลในด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยเพศชาย ภายหลังเกิดภาวะ Acute STEMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ยังคงมีการทำหน้าที่ต่อไปอย่างเหมาะสม โดยโปรแกรมฯ มีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมที่สนับสนุนให้ประสบความสำเร็จ ดังนี้

1. ความพึงพอใจทางเพศ ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยขออนุญาตพูดคุยในประเด็นเรื่องเพศสัมพันธ์ เพื่อประเมินระดับความต้องการทางเพศ และความพึงพอใจทางเพศกับคู่ครอง ผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน โดยการแนะนำการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจทางเพศ ในระยะที่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ หรือหลังมีเพศสัมพันธ์ เช่น การกอด จูบ การพูดคุยความต้องการระหว่างคู่ครอง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับคู่ครอง
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินสมรรถภาพร่างกายสำหรับการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ ด้วยวิธีเปรียบเทียบระดับพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรม เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ใช้พลังงานเพียง 3-5 METs หากสามารถทำกิจกรรมได้โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ ก็สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย และกิจกรรมผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน เน้นย้ำการประเมินสมรรถภาพร่างกาย และการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออู้งเชิงกราน
3. ความวิตกกังวลทางเพศ และป้องกันภาวะซึมเศร้าทางเพศ ผู้วิจัยให้ความรู้แบบรายบุคคล ประกอบด้วยเนื้อหา ผลกระทบของ Acute STEMI ต่อการทำหน้าที่ทางเพศ การปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ติดตามผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน 1 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรค การกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งระหว่างดำเนินโปรแกรมฯ ผู้วิจัยพบปัญหาที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ คือ 1) กลุ่มตัวอย่างไม่กล้ากลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ยังคงความต้องการทางเพศ เนื่องจากกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2) เกิดความไม่มั่นใจในสมรรถภาพร่างกายของตนเอง 3) ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังเกิดภาวะ Acute STEMI และ 4) คู่ครองมีความวิตกกังวลเมื่อกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์/และบางรายไม่ยอมให้มีเพศสัมพันธ์เนื่องจากกลัวผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบซ้ำ

อย่างไรก็ตาม เมื่อดำเนินกิจกรรมโปรแกรมฯ เสร็จสิ้น กลุ่มทดลองได้รับการประเมินอัตมโนทัศน์ทางเพศพบว่าผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ ส่งผลต่อการรับรู้มุมมองด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังเกิดภาวะ Acute STEMI ที่ดี และคงไว้การทำหน้าที่ทางเพศที่เหมาะสม และปลอดภัย

สมมติฐานการวิจัย ข้อ 2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรค AMI หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรค Acute STEMI หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วย Acute STEMI เพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลการพยาบาลตามปกติ แต่ไม่ได้ระบุแนวทางการปฏิบัติตัวที่ชัดเจนด้านเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศจากมุมมองในด้านเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลง การรับรู้สมรรถภาพร่างกายเปลี่ยนแปลง ความวิตกกังวลและกลัวอาการกำเริบซ้ำระหว่างมีเพศสัมพันธ์ จึงทำให้กลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ช้าลง และหยุดมีเพศสัมพันธ์ได้ในที่สุด

สรุปได้ว่าโปรแกรมฯ ในผู้ป่วยเพศชายที่เป็นโรค Acute STEMI หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศของ สเตนเก้ และคณะ (Steinke et al., 2008) โดยมีมีนทัศน์ที่สำคัญที่นำมาประยุกต์ใช้ประกอบด้วย ความพึงพอใจทางเพศ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ การลดความวิตกกังวลทางเพศ และการป้องกันภาวะซึมเศร้าทางเพศ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วย และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยยังคงสามารถทำหน้าที่ทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ซู และคณะ (Xu et al., 2015) ให้คำปรึกษาด้วยการแนะนำผู้ป่วยเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศพบว่า ระยะเวลาในการเริ่มกลับไปมีกิจกรรมทางเพศสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษา ($p < .01$) และสอดคล้องกับ สมพร งามวิไล (Ngamvilai, 2010) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ เตอการี และคณะ (Tirgari et al., 2019) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศต่อความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามลดลง การทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งอธิบายได้ว่าแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศของ สเตนเก้ และคณะ (Steinke et al., 2008) สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้ความรู้ และคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเพศชายมีมุมมองในด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการเกิด Acute STEMI ที่ถูกต้อง สามารถคงการทำหน้าที่ทางเพศได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน เผยแพร่ให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อให้มีความรู้ และทักษะในการให้คำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วย Acute STEMI หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามผลการทำหน้าที่ทางเพศในระยะยาว เป็นระยะเวลา 8 และ 12 สัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วย Acute STEMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน ในผู้ป่วยและคู่ครองร่วมด้วย

References

- Arenhall, E., Eriksson, M., Nilsson, U., Steinke, E. E., & Fridlund, B. (2018). Decreased sexual function in partners after patients' first-time myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(6), 521-526.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H Freeman.
- Boonrueang, P., & Ua-kit, N. (2020) Selected factors associated with sexual function among patients with myocardial infarction after percutaneous transluminal coronary intervention. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 47(1), 140-157. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior science* (2th ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Daniel, M., Agewall, S., Berglund, F., Caidahl, K., Collste, O., Ekenbäck, C., Frick, M., Henareh, L., Jernberg, T., Malmqvist, K., Schenck-Gustafsson, K., Spaak, J., Sundin, Ö., Sörensson, P., Y-Hassan, S., Hofman-Bang, C., & Tornvall, P. (2018). Prevalence of anxiety and depression symptoms in patients with myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. *The American Journal of Medicine*, 131(9), 1118-1124.
- Farajkhoda, T., Memar, F. Z., Khanabadi, M., & Sarebanhassanabadi, M. (2022). Effectiveness of online versus telephone counseling of rational-emotional-behavioral therapy on sexual function of women undergoing cardiac rehabilitation: A randomized clinical trial. *Galen Medical Journal*, 11, e2396. <https://doi.org/10.31661/gmj.v11i.2396>
- Fangreow, S., & Ua-Kit, N. (2021). The effect of health promoting program on physical activity among myocardial infarction re-hospitalized patients after underwent percutaneous coronary intervention. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 32(1), 14-28. (in Thai)



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศ
ในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

- Kongkanand, A., Ratana-Olarn, K., Ruangdilokrat, S., & Tantiwong, A. (2003). The efficacy and safety of oral sildenafil in Thai men with erectile dysfunction: A randomized, double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 86(3), 195-205.
- Lemasawat, K. (2021). Update acute and chronic coronary syndrome. In W. Yoodee, M. Nimworapun, P. Arunmanakul, & S. Chinwong (Eds.), *Excellent pharmacy practice in cardiovascular disease* (1st ed., pp. 49-74). Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University. (in Thai)
- Lindau, S. T., Abramsohn, E., Bueno, H., D'Onofrio, G., Lichtman, J. H., Lorenze, N. P., Sanghani, R. M., Spatz, E. S., Spertus, J. A., Strait, K. M., Wroblewski, K., Zhou, S., & Krumholz, H. M. (2016). Sexual activity and function in the year after an acute myocardial infarction (AMI) among younger women and men in the United States and Spain. *JAMA Cardiology*, 1(7), 754-764.
- Longlalerng, W. (2018). Sexuality in patients with coronary heart disease. *Thammasat University Hospital Journal Online*, 3(2), 81-89. (in Thai)
- Longlalerng, W., & Ua-Kit, N. (2009). *Selected factor related to sexual behavior in patients with myocardial infarction* [Unpublished mater's thesis]. Chulalongkorn University.
- Manolis, A., Doumas, M., Ferri, C., & Mancia, G. (2020). Erectile dysfunction and adherence to antihypertensive therapy: Focus on β -blockers. *European Journal of Internal Medicine*, 81, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2020.07.009>
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Little, Brown and Company.
- Ngamvilai, S. (2010). *Outcomes of the self-efficacy enhancement program on sexual behavior of patients with coronary artery disease at Banpong Hospital in Ratchaburi Province* [Master's thesis, Christian University]. <https://library.christian.ac.th/thesis>
- Phomdontre, T., & Damkliang, J. (2021). Risk factors of acute myocardial infarction in young adults: An integrative literature review. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(3), 99-108. (in Thai)
- Popradab, T., Saneha, C., Sriprasong, S., & Chantadansuwan, T. (2023) Factors influencing sexual function among male patients with acute coronary syndrome post percutaneous coronary intervention. *Nursing Science Journal of Thailand*, 41(2), 33-45. (in Thai)
- Rambhatla, A., & Rajfer, J. (2018). Male sexual dysfunction. In I. Huhtaniemi & L. Martini (Eds.), *Encyclopedia of endocrine diseases* (2 ed., pp. 767-774). Academic Press.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra. (1997). The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.



The Effect of a Sexual Self-Concept Promoting Program Through Mobile Application on Sexual Function Among Male Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศ
ในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

- Sangkum, P., Sukying, C., Viseshsindh, W., Kochakarn, W., Patcharatrakul, S., & Khongcharoensombat, W. (2017). Validation and reliability of a Thai version of the international index of erectile dysfunction (IIEF) for Thai population. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 100(Suppl. 9), S73-S79.
- Smith, A. B., Barton, D. L., Davis, M., Jackson, E. A., Smith, J., & Wittmann, D. (2022). A preliminary study of short-term sexual function and satisfaction among men post-myocardial infarction. *Journal of Holistic Nursing*, 40(3), 208-218.
- Smith, A. B., Barton, D. L., Jackson, E. A., Wittmann, D., Smith, J., & Davis, M. (2021). Predictors of sexual among men after myocardial infarction: A pilot study. *British Journal of Cardiac Nursing*, 16(12), e2021.0056. <https://doi.org/10.12968/bjca.2021.0056>
- Steinke, E. E. (2016). Issues regarding sexuality. In M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicke (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (5th ed., pp. 165-178). Springer Publishing Company.
- Steinke, E. E., Jaarsma, T., Barnason, S. A., Byrne, M., Doherty, S., Dougherty, C. M., Fridlund, B., Kautz, D. D., Mårtensson, J., Mosack, V., & Moser, D. K. (2013). Exual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners: A consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Circulation*, 128(18), 2075-2096. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829c2e53>
- Steinke, E. E., Wright, D. W., Chung, M. L., & Moser, D. K. (2008). Sexual self-concept, anxiety, and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders. *Heart & Lung*, 37(5), 323-333.
- Tirgari, B., Rafati, F., & Rabori, R. M. (2019). Effect of sexual rehabilitation program on anxiety, stress, depression and sexual function among men with coronary artery disease. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(7), 632-642.
- Uthassiripanich, S., & Ua-Kit, N. (2011). Predicting factors of sexual behaviors among male patients with myocardial infarction. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 22(2), 31-43. (in Thai)
- Wongchareon, W., Promminthikun, A., & Suwansom, P. (2021). *52 cases cardiology consultation*. TrickThink. (in Thai)
- Watzke, B., Haller, E., Steinmann, M., Heddaeus, D., Härter, M., König, H. H., Wegscheider, K., & Rosemann, T. (2017). Effectiveness and cost-effectiveness of telephone-based cognitive-behavioural therapy in primary care: Study protocol of TIDe–telephone intervention for depression. *BMC Psychiatry*, 17(1), 263. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1429-5>
- Xu, F., Ming, Q., & Hou, L. (2015). The effect of sex counselling in the sexual activity of acute myocardial infarction patients after primary percutaneous coronary intervention. *Acta Cardiologica*, 70(4), 460-464.



Needs and Received Needs Responses Among Families of Critically Ill Patients
at a University Hospital in Bangkok
ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ชานนท์ ขนานใต้* Chanon Khanantai*
รัชชуда วงศ์ปัญญาดี** Ratchuda Wongpanyadee**

Abstract

Families of critically ill patients must cope with the changes and instability of the patient's condition. This cross-sectional descriptive study aimed to investigate the needs and received needs responses among families of critically ill patients and to identify relationships between the expressed needs and the responses received by these families. The participants were 178 families of critically ill patients admitted to seven ICUs in a university hospital. The research instruments for data collection consisted of 1) a demographic data sheet; 2) needs and received needs responses of the families of critically ill patients, and 3) an open-ended questionnaire providing feedback on needs and received needs responses during treatment in the ICU. The instruments were validated by three experts and demonstrated validity through Content Validity Index (CVI) scores of .95 and 1, along with reliability coefficients assessed by Cronbach's alpha coefficients of .93 and .94. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient were used to analyze the quantitative data and the content analysis method for the qualitative data.

The results of the study revealed that families of critically ill patients had overall needs at a high level. They desired the strongest response in terms of the information, physical, and emotional aspects, while their spiritual needs were also at a high level. The received needs responses among families of critically ill patients, overall and for each sub-aspect, were at a high level. Furthermore, there was a statistically significant positive relationship between their needs and received needs responses ($r = .53, p < 0.001$). Families stated their needs in four areas: 1) Information, 2) Physical comfort 3) Emotional, and 4) Spiritual needs.

Assessing the needs among families of critically ill patients is an important role for critical care nurses. Such information can be used to plan for caring in order to fulfill their needs accordingly to ensure enough support for the family transition through their critical time.

Keywords: Needs; Needs responses; Family of critically ill patients

* Corresponding author, Registered Nurse, Vajira Hospital, Faculty of Medicine, Navamindradhiraj University; e-mail: Chanon.khanantai@gmail.com

** Registered Nurse, Professional Level, Vajira Hospital, Faculty of Medicine, Navamindradhiraj University

Received 19 February 2024; Revised 6 June 2024; Accepted 17 June 2024



บทคัดย่อ

ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ต้องรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและความไม่คงที่ของอาการผู้ป่วย การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และหาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 7 หอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 178 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และ 3) แบบสอบถามปลายเปิดข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความต้องการ หรือการได้รับการตอบสนองความต้องการจากหอผู้ป่วยวิกฤต แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .94 และ 1 ตามลำดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .93 และ .94 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's correlation coefficient ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความต้องการได้รับการตอบสนองด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย และด้านอารมณ์มากที่สุด ตามลำดับ ส่วนความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก สำหรับการได้รับการตอบสนองความต้องการโดยรวม อยู่ในระดับมาก ซึ่งทุกด้านย่อยอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน และด้านความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .53, p < 0.001$) ครอบครัวสะท้อนถึงความต้องการ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ความสุขสบายของร่างกาย 3) ความต้องการทางด้านอารมณ์และความรู้สึก และ 4) ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

การประเมินความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ได้สามารถใช้ในการวางแผนการดูแล ให้สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริง อันจะช่วยให้ครอบครัวสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาวิกฤตดังกล่าวได้

คำสำคัญ: ความต้องการ การตอบสนองความต้องการ ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
e-mail: Chanon.khanantai@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

วันที่รับบทความ 19 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไขบทความ 6 มิถุนายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 17 มิถุนายน 2567



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีลักษณะความเจ็บป่วยที่ต้องช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน และทันด่วนที่ เพื่อพุงหรือแก้ไขปัญหของอวัยวะที่ล้มเหลว ซึ่งจะช่วยเหลือภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต (Kusoom, 2022) สถานการณ์ดังกล่าวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องเข้ามา ร่วมเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ต้องมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา และอาจต้องประสบกับผลลัพธ์การดูแลที่ไม่แน่นอน ทำให้ยากต่อการตัดสินใจ ส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวในลักษณะที่แตกต่าง กันไป (Morton & Thurman, 2023)

ผลกระทบที่อาจส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านบทบาทหน้าที่พบว่า ด้านร่างกายครอบครัวต้องเผชิญปัญหาไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามปกติในการรับประทานอาหาร การนอนหลับและบางครั้งเกิดการกำเริบของโรคประจำตัว บางรายอาจเจ็บป่วยระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (Boonyaratkalin, 2019; Lhaosupab et al., 2019) สำหรับด้านบทบาทหน้าที่ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว อาจต้องทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวรายอื่น ๆ ด้านจิตใจและอารมณ์ ในช่วงเวลาวิกฤตอาจมีแรงสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ นอกจากนี้ อาจได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล สับสน เครียด หงุดหงิด และหมดหวัง ขณะเดียวกันพบว่า ความวิตกกังวลในระดับสูงส่งผลให้สมาธิสั้นลง ความสามารถในการจดจำ การรับรู้ข้อมูล และความสามารถในการตัดสินใจลดน้อยลง เป็นผลให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยวิกฤต และอาจส่งผลกระทบต่อฟื้นหายของผู้ป่วย (Gaglione, 1984; Srisuphaolarn & Uakit, 2016) ดังนั้นหากพยาบาลสามารถประเมินความต้องการ และตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยลดผลกระทบข้างต้นที่อาจเกิดขึ้น

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษา และระยะเวลาที่ใช้รักษาด้วยคำพูดที่ง่าย ๆ ตามความเป็นจริงไม่อ้อมค้อม รวมถึงความสำคัญของอุปกรณ์เครื่องมือ และค่าตัวเลขบนหน้าจอต่าง ๆ ที่อยู่ข้างเตียง (Kalolo et al., 2023) และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกรณีย้ายหอผู้ป่วยหรือกลับบ้าน ตลอดจนข้อมูลทั่วไปของหอผู้ป่วย เช่น เบอร์โทรศัพท์ ขั้นตอนการเข้าเยี่ยม (Beesley & Brown, 2020) สำหรับความต้องการด้านร่างกาย ครอบครัวไม่ได้คำนึงถึงตนเองแต่ปรารถนาให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และจัดการความปวดไม่ให้ทุกข์ทรมาน รวมถึงสิ่งแวดล้อมรอบข้างที่สะอาด อุ่นหุ้ห้องพักเหมาะสม มีความเงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ มีพื้นที่รื้อเยี่ยมที่เพียงพอ และเป็นส่วนตัวเพื่อพูดคุยกับทีมดูแล (Leong et al., 2023) ทางด้านจิตใจพบว่า ครอบครัวต้องการเพิ่มเวลาในการเข้าเยี่ยม คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแล และต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในการเฝ้าระวังทางด้านจิตใจ หรือช่วยเหลือทางด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา (Beesley & Brown, 2020; Leong et al., 2023) ทางด้านจิตวิญญาณพบว่า ครอบครัวต้องการพื้นที่ที่เงียบสงบเพื่อทำสมาธิ ต้องการให้พยาบาลสอบถามความต้องการที่แท้จริงจากการรักษา ได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา สิ่งที่ยึดถือเชื่อมั่น และขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยอาการทุเลา รวมถึงได้อยู่ใกล้ชิดในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย (Zambezi et al., 2022)

แนวคิดความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ กากลิโอเน (Gaglione, 1984) กล่าวว่า ในสถานการณ์วิกฤตครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการ 4 ด้าน คือ 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ด้านร่างกาย 3) ด้านอารมณ์ และ 4) ด้านจิตวิญญาณ เชื่อว่าหากครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองความต้องการครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน กล่าวคือครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ มีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด ส่งผลให้ครอบครัวสามารถฟื้นฝ่าช่วงเวลาวิกฤต ควบคุมสถานการณ์ ปรับตัวเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อนได้ และรักษาสมดุลโครงสร้างครอบครัว นอกจากนี้ยังทำให้ทีมดูแล และครอบครัวสามารถบรรลุ



เป้าหมายของการรักษาช่วยเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจจากการดูแล (Goldfarb et al., 2017)

ประเทศไทยมีการศึกษาความต้องการของครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต (Khoyun et al., 2021; Niyomthai et al., 2022; Udchumpisai & Sangsongrit., 2020; Wijitssopa & Phukaoluan., 2020) แต่การศึกษายังมีข้อสรุปที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทของหน่วยงานหรือโรงพยาบาล รวมถึงปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายและความซับซ้อนแตกต่างกันของแต่ละครอบครัว ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำงานวิจัยข้างต้นมาประยุกต์ใช้

โรงพยาบาลที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยวิกฤต และครอบครัวที่เข้ารับบริการมีความหลากหลายทางด้านภูมิฐานะ ย่อมมีความแตกต่างด้านวิถีชีวิต วัฒนธรรม คุณค่าความเชื่อ และการรับรู้ อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ควบคู่กับการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขั้นก้าวหน้าที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2021) ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเป็นหนึ่งในผู้รับผลงานที่สำคัญ ปัจจุบันการให้บริการของหอผู้ป่วยวิกฤตยังไม่มีข้อมูลที่สะท้อนถึงความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลนำมาใช้ออกแบบกลยุทธ์ และเติมเต็มข้อมูลเพื่อใช้พัฒนางานคุณภาพในหอผู้ป่วยวิกฤต ให้สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ กากลิโอเน่ (Gaglione, 1984) ที่อธิบายว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตย่อมมีภาวะคุกคามชีวิต ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องเผชิญภาวะเครียดทางด้านร่างกาย และจิตใจ แนวคิดได้จำแนกความต้องการของครอบครัวในระยนี้ไว้ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information need) เป็นความต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอาการ วิธีการรักษา และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาตลอดจนการดูแลหรือการปฏิบัติตัวเมื่อย้ายออกสู่อุหอผู้ป่วยสามัญ และจำหน่ายกลับบ้าน 2) ด้านร่างกาย (Physiological need) เป็นความต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน เกิดความสุขสบาย และครอบครัวมีความสะดวกสบายในการเยี่ยม 3) ด้านอารมณ์ (Emotional need) เป็นความต้องการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ต้องการให้มีคนคอยพูดคุยสอบถามถึงความเป็นอยู่ มีการปลอบโยนให้กำลังใจ ช่วยเหลือเรื่องจิตสังคม และได้อยู่ใกล้บุคคลอันเป็นที่รัก และ 4) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual need) เป็นความเชื่อ ความหวัง สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ รวมถึงเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หากครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการข้างต้น อาจนำไปสู่ผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการทำบทบาทตามหน้าที่ รวมถึงเชื่อว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการหากครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน และสอดคล้องกับความต้องการจะส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตสามารถฟื้นฝ่าภาวะวิกฤต คงความสมดุลของครอบครัว และเกิดความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตที่รับดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 7 หอผู้ป่วย คือ 1) หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 2) หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจ 3) หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมโรคหัวใจ 4) หอผู้ป่วยวิกฤตเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 5) หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม 6) หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาท 7) หอผู้ป่วยวิกฤตโรคทางเดินหายใจและกลุ่มโรคอุบัติใหม่ คิดสัดส่วนผู้ป่วยวิกฤต 1 ราย ต่อสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 1 ราย

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.7 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ร่วมกับค่าขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ (r) จากการศึกษาที่มีบริบทใกล้เคียงกันของ สิริอร ช้อยุ่น (Khoyun et al., 2021) เท่ากับ 0.219 ด้วยสถิติที่ใช้ทดสอบเป็น Correlation: Bivariate normal model ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 161 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Srisatidnarakul, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 178 ราย

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) สามารถอ่านเขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยวิกฤตเป็นบิดา มารดา พี่น้อง บุตร คู่สมรส หรือเครือญาติของผู้ป่วยภายใน 48 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และ 4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัย ลักษณะเป็นการเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ ปัญหาค่าใช้จ่าย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ภูมิลำเนาเดิม และประสบการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. แบบสอบถามความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ กากลิโอเน่ (Gaglione, 1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมความต้องการทั้ง 4 ด้าน จำนวน 37 ข้อ โดย 1) ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร จำนวน 12 ข้อ 2) ความต้องการด้านร่างกาย จำนวน 9 ข้อ 3) ความต้องการด้านอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ และ 4) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ จำนวน 6 ข้อ แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และ 2) แบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยทั้งสองส่วนเป็นข้อคำถามเดียวกัน แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แบบสอบถามมีคะแนนอยู่ระหว่าง 37-185 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนของ เบส และ คาน (Best & Khan, 2012) มี 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง มีความต้องการหรือการได้รับการตอบสนองความต้องการระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง มีความต้องการหรือการได้รับการตอบสนองความต้องการระดับน้อย ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง มีความต้องการหรือการได้รับการตอบสนองความต้องการระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง มีความต้องการหรือการได้รับการตอบสนองความต้องการระดับมาก และค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง มีความต้องการหรือการได้รับการตอบสนองความต้องการระดับมากที่สุด



3. แบบสอบถามปลายเปิดข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความต้องการหรือการได้รับการตอบสนองความต้องการจากหอผู้ป่วยวิกฤต

แบบสอบถามความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และแบบสอบถามปลายเปิดข้างต้น ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลหัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยระบบหัวใจ 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตรที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาภาษาที่ใช้ เพื่อให้ได้โครงสร้าง และความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ทดสอบดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .95 และ 1 ทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และแบบสอบถามการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .93 และ .94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช รหัสโครงการวิจัย 181/66 E เลขที่ COA 206/2566 ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบโดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดต่อกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอม ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอโดยภาพรวมไม่มีการเปิดเผยรายชื่อผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงหัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์อาสาสมัครการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงได้แจกแบบสอบถามที่บรรจุในซองให้กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที ในการตอบแบบสอบถาม เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้วยสถิติ Pearson's Product Moment Correlation ก่อนดำเนินการได้วิเคราะห์ข้อมูลแล้วว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาด้วยการจัดกลุ่มข้อมูลตามกรอบแนวคิดของ กากลิโอเน่ (Gaglione, 1984)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 18-75 ปี อายุเฉลี่ย 44.10 ปี (SD = 14.51) ร้อยละ 64.61 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่เป็นบุตร รองลงมาเป็นคู่สมรส บิดามารดา และพี่น้อง ร้อยละ 35.39, 25.28, 22.47 และ 16.86 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.90 นับถือศาสนาพุทธ มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 3.40 นับถือศาสนาคริสต์ ระดับการศึกษา ร้อยละ 42.70 อยู่ในระดับปริญญาตรี และร้อยละ 37.60 ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาประกอบอาชีพ



ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 21.30 และน้อยสุตร้อยละ 5.10 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 28.10 มีรายได้อยู่ในช่วง 15,000-30,000 บาท ส่วนใหญ่อ้อยละ 73.60 ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ร้อยละ 61.20 มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ส่วนใหญ่อ้อยละ 62.90 มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และร้อยละ 56.70 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประสบการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

2. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก คือ 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร (M = 4.60, SD = 0.65) 2) ด้านร่างกาย (M = 4.52, SD = 0.76) 3) ด้านอารมณ์ (M = 4.51, SD = 0.80) และ 4) ด้านจิตวิญญาณพบว่า อยู่ในระดับมาก (M = 4.09, SD = 1.00) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

สำหรับการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยการได้รับการตอบสนองทุกด้านอยู่ในระดับมาก คือ 1) ด้านอารมณ์ (M = 4.31, SD = 0.81) 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (M = 4.26, SD = 0.78) 3) ด้านร่างกาย (M = 4.16, SD = 0.88) และ 4) ด้านจิตวิญญาณ (M = 4.11, SD = 0.95) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 5 ข้อแรก ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในแต่ละด้าน (n = 178)

ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	M	SD	แปลผลระดับความต้องการ
1. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร	4.60	0.65	มากที่สุด
1.1 ต้องการให้พยาบาลประสานงานแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ	4.73	0.80	มากที่สุด
1.2 ต้องการทราบวิธีการดูแลหรือการปฏิบัติตัวเมื่อย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญ หรือเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน	4.71	0.59	มากที่สุด
1.3 ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะใช้รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต	4.70	0.60	มากที่สุด
1.4 ต้องการทราบกฎระเบียบ วิธีปฏิบัติตัวในขณะที่เยี่ยม	4.54	0.78	มากที่สุด
1.5 ต้องการทราบบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต	4.50	0.80	มากที่สุด
2. ความต้องการด้านร่างกาย	4.52	0.76	มากที่สุด
2.1 ต้องการให้ร่างกายของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมบริเวณรอบเตียงมีความสะอาด	4.81	0.49	มากที่สุด
2.2 ต้องการให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ไม่ได้รับอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะเข้ารับการรักษา	4.80	0.51	มากที่สุด
2.3 ต้องการบรรยากาศที่เงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ	4.78	0.53	มากที่สุด
2.4 ต้องการห้องน้ำที่สะอาด และเพียงพอใกล้ไอซียู	4.58	0.74	มากที่สุด
2.5 ต้องการที่พักขณะรอเยี่ยมที่เป็นส่วนตัวและมีจำนวนเพียงพอ	4.57	0.75	มากที่สุด



Needs and Received Needs Responses Among Families of Critically Ill Patients
at a University Hospital in Bangkok

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 5 ข้อแรก
ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในแต่ละด้าน (n = 178) (ต่อ)

ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	M	SD	แปลผลระดับ ความต้องการ
3. ความต้องการด้านอารมณ์	4.51	0.80	มากที่สุด
3.1 ต้องการให้ทีมดูแลสื่อสารด้วยวาจาที่สุภาพอ่อนโยน	4.75	0.59	มากที่สุด
3.2 เมื่อร้องขอความช่วยเหลือต้องการให้ทีมดูแล ตอบสนองอย่างรวดเร็ว	4.73	0.59	มากที่สุด
3.3 ต้องการได้รับคำแนะนำจากทีมดูแลเมื่อต้อง ตัดสินใจหรือต้องเลือกแนวทางการรักษา	4.71	0.63	มากที่สุด
3.4 ต้องการเวลาเยี่ยมอย่างเพียงพอหรือสามารถระบุ เวลาเยี่ยมในช่วงอื่น ๆ กรณีที่ครอบครัวไม่สะดวก	4.51	0.83	มากที่สุด
3.5 เมื่อรู้สึกเหนื่อยหรืออ่อนล้าจากความไม่คงที่ของ อาการ ต้องการให้ทีมดูแลปลอบโยน หรืออยู่เป็นเพื่อน	4.18	1.09	มาก
4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ	4.09	1.00	มากที่สุด
4.1 ต้องการได้รับความมั่นใจจากทีมดูแลว่าการรักษา ครั้งนี้เป็นไปตามมาตรฐาน	4.75	0.59	มากที่สุด
4.2 ต้องการความมั่นใจเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลจากทีม ดูแลเป็นระยะ	4.74	0.57	มากที่สุด
4.3 ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เท่าเทียมกับ ผู้ป่วยรายอื่น สมเกียรติ และเคารพศักดิ์ศรีความเป็น มนุษย์	4.73	0.54	มากที่สุด
4.4 ต้องการได้รับรับคำแนะนำถึงสถานที่ปฏิบัติตาม ความเชื่อ เช่น ห้องละหมาด สิ่งศักดิ์สิทธิ์อื่น ๆ ใน โรงพยาบาล	3.64	1.36	มาก
4.5 ต้องการทำตามความเชื่อ เช่น การสวดมนต์ เรียก ขวัญ ผูกสายสิญจน์ นำพวงมาลัยหรือพระมาให้ผู้ป่วย และไว้ในที่ที่เหมาะสม	3.62	1.44	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัว
ผู้ป่วยวิกฤต ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในแต่ละด้าน (n = 178)

การได้รับการตอบสนองความต้องการ ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	M	SD	แปลผล
1. การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล ข่าวสาร	4.26	0.78	มาก
1.1 การได้ข้อมูลชื่อแพทย์ และพยาบาลที่ให้การดูแล	3.94	0.84	มาก
1.2 การได้รับการพูดคุยแผนการรักษากับทีมดูแลเป็นระยะ	4.16	0.79	มาก



Needs and Received Needs Responses Among Families of Critically Ill Patients
at a University Hospital in Bangkok

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในแต่ละด้าน (n = 178) (ต่อ)

การได้รับการตอบสนองความต้องการ ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	M	SD	แปลผล
1.3 การได้รับแจ้งอาการทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน เช่น Line เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือแย่ลง	4.17	0.97	มาก
1.4 การได้ทราบความสำคัญ และความจำเป็นเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ หรือสายต่าง ๆ ที่สอดเข้าสู่ตัวผู้ป่วย	4.24	0.79	มาก
1.5 การได้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยคาดว่าจะต้องใช้รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต	4.24	0.79	มาก
2. การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย	4.16	0.88	มาก
2.1 การมีบริเวณที่นั่งรอเยี่ยมมีสื่อวีดิทัศน์ หนังสือ แผ่นพับ คิวอาร์โค้ดเกี่ยวกับโรค หรือคำอธิบายการทำหัตถการในหอผู้ป่วยวิกฤต	3.74	1.04	มาก
2.2 การมีร้านจำหน่ายสินค้าในการบริโภคอุปโภคที่จำเป็นอยู่บริเวณใกล้เคียง	3.82	1.09	มาก
2.3 การมีห้องน้ำที่สะดวก สะอาด และเพียงพออยู่ใกล้บริเวณหอผู้ป่วยวิกฤต	3.83	1.11	มาก
2.4 การมีพยาบาลสอบถามถึงความเป็นอยู่ในโรงพยาบาล เช่น การเดินทางมาเยี่ยม การรับประทานอาหาร และการให้ การช่วยเหลือ แนะนำเท่าที่เป็นไปได้	4.01	0.95	มาก
2.5 การมีที่นั่งพักสำหรับรอญาติในขณะรอเยี่ยมที่เป็นสัดส่วน และจำนวนเพียงพอ	4.18	0.89	มาก
3. การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์	4.31	0.81	มาก
3.1 การได้รับคำแนะนำหรือแหล่งข้อมูลทางการเงินเพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา	4.04	0.64	มาก
3.2 การบอกเล่าระบายความรู้สึก เครียดวิตกกังวล หรือปัญหาที่กำลังเผชิญกับทีมดูแล	4.01	0.65	มาก
3.3 การมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือหรือทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การบีบนวด การป้อนอาหาร การออกกำลังกาย ร่วมกับทีมดูแล	4.01	0.95	มาก
3.4 การมีให้ทีมดูแลพูดคุยให้กำลังใจ ปลอบโยน หรืออยู่เป็นเพื่อน	4.11	0.97	มาก
3.5 การมีเวลาเยี่ยมอย่างเพียงพอหรือสามารถระบุช่วงเวลาเยี่ยมในช่วงอื่น ๆ กรณีที่ครอบครัวไม่สะดวก	4.27	0.82	มาก



Needs and Received Needs Responses Among Families of Critically Ill Patients
at a University Hospital in Bangkok

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในแต่ละด้าน (n = 178) (ต่อ)

การได้รับการตอบสนองความต้องการ ของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	M	SD	แปลผล
4. การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิต วิญญาณ	4.11	0.95	มาก
4.1 การได้รับอนุญาตให้ทำพิธีกรรมตามความเชื่อ ศาสนา เช่น การเรียกขวัญ การสวดมนต์ นำพระหรือพวงมาลัยให้ ผู้ป่วยไหว้	3.71	1.20	มาก
4.2 การได้รับคำแนะนำถึงสถานที่ปฏิบัติตามความเชื่อ เช่น พระพุทธรูป ศาลเจ้าที่ ห้องละหมาด หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ อื่น ๆ ในโรงพยาบาล	3.74	1.24	มาก
4.3 การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เท่าเทียมกับผู้ป่วยราย อื่น สมเกียรติ และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	4.62	0.68	มากที่สุด
4.4 การได้รับความมั่นใจจากทีมดูแลว่าการรักษาครั้งนี้ เป็นไปตามมาตรฐาน	4.63	0.61	มากที่สุด
4.5 การได้รับความมั่นใจเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลรักษา จากแพทย์หรือพยาบาลเป็นระยะ	4.64	0.61	มากที่สุด

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย
วิกฤต

การศึกษาพบว่า ความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการได้รับการตอบสนองความ
ต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .53, p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการที่ครอบครัว
ผู้ป่วยวิกฤตได้รับ (n = 178)

ความต้องการและการได้รับการ ตอบสนองความต้องการของ ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต	ค่าความสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านข้อมูลข่าวสาร	.52*	ปานกลาง
2. ด้านร่างกาย	.37*	ปานกลาง
3. ด้านอารมณ์	.47*	ปานกลาง
4. ด้านจิตวิญญาณ	.50*	ปานกลาง
โดยภาพรวม	.53*	ปานกลาง

*p-value < .001



ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การจัดกลุ่มข้อมูลตามกรอบแนวคิดของกากลีโอเน่ (Gaglione, 1984) จากครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ตอบ
ข้อคำถามปลายเปิดโดยอิสระจำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.32 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แบ่งออกเป็น 4
ประเด็น ได้แก่ 1) ความต้องการข้อมูลข่าวสาร 2) ความสุขสบายของร่างกาย 3) ความต้องการทางด้านอารมณ์
และความรู้สึก และ 4) ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความต้องการข้อมูลข่าวสาร ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตแสดงความคิดเห็น ดังนี้

- 1.1 ต้องการให้พยาบาลเจ้าของไข้โทรแจ้งอาการในทุกเช้าหลังจากแพทย์ตรวจเสร็จ เนื่องจากต้อง
ทำงานตอนเช้าและเลิกงานเย็นถึงค่ำ เดินทางมาเยี่ยมรถติดทำให้ไม่สะดวกมาบ่อย (ID.D12)
- 1.2 ไม่อยากได้ข้อมูลที่มามากมาย อยากได้ข้อมูลที่กระชับ เข้าใจง่ายโดยเฉพาะผลเลือดและเอกซเรย์
บางครั้งอธิบายมากจนล้นสน และบางครั้งบอกว่าอาการดีขึ้นแต่ช่วงมาเยี่ยมกลับบอกว่าอาการแย่ลง ทำให้เกิด
ความล้นสนจึงอยากให้ช่วงที่อาการแย่งแพทย์โทรมาแจ้งก่อน (ID.D13)
- 1.3 อยากรู้ระยะเวลาในการรักษาเพราะอาจต้องลางานไปเยี่ยม และต้องติดต่อหาคุณนุญแลหลังจาก
จากโรงพยาบาล (ID.B04, D25)
- 1.4 อยากให้หมอช่วยบอกข้อดีข้อเสียของการไม่ทำอันนั้นอันนี้ มากกว่าการรักษาจะต้องทำแบบนี้
เพราะไม่เข้าใจและผู้ป่วยก็สูงอายุบางอย่างกลัวแม่จะเจ็บ (ID.A12)

2. ความสุขสบายของร่างกาย ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตแสดงความคิดเห็น ดังนี้

- 2.1 ต้องการห้องน้ำที่ใกล้หอผู้ป่วยเนื่องจากมีผู้สูงอายุจึงไม่สะดวกเดินไกล (ID.C3, D14, D15, D18)
- 2.2 อยากให้มีร้านสะดวกซื้อเพื่อจะซื้อของภายในตึกหรือใกล้เคียง และร้านอาหารอื่น ๆ อาจแยก
ส่วนชัดเจนกับนักศึกษาฝึกงานเพราะตอนเช้าหรือเที่ยงไม่มีที่นั่งทานอาหาร (ID. C11)
- 2.3 อยากให้จัดที่นั่งรอเยี่ยมให้เพียงพอกับญาติ และภายในห้องผู้ป่วยอยากให้มีเก้าอี้ที่สามารถนั่ง
เยี่ยมเพื่อพูดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียงได้ เพราะมีผู้สูงอายุมาด้วย (ID. D2)

3. ความต้องการทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตแสดงความคิดเห็น ดังนี้

- 3.1 อยากให้เพิ่มช่องทางการเยี่ยมหรือสื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้ Line call, VDO call เนื่องจากญาติ
ไม่สะดวกเยี่ยมจะทำให้ทั้งญาติและผู้ป่วยคลายกังวล แต่อาจต้องมีการกำหนดเวลาเพื่อไม่ได้รับกวนผู้ป่วยมาก
เกินไป (ID. B76)
- 3.2 อยากให้ยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมสำหรับญาติที่ไม่สะดวกมา และอาจเพิ่มจำนวนคนเข้าเยี่ยมตามความ
เหมาะสม เนื่องจากญาติบางคนมาจากต่างจังหวัดนัดกันมาเยี่ยมพร้อมกันและต้องการเข้าเยี่ยมพร้อมกัน (ID.
T27)
- 3.3 บางอย่างญาติไม่จำเป็นต้องเรียนรู้ และไม่ต้องฝึกเนื่องจากติดต่อคุณนุญแล และที่ศูนย์ดูแลจะทำ
ให้ทั้งหมดหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (ID. B315)
- 3.4 อยากช่วยออกกำลังกาย หรือเปลี่ยนแพมเพิสให้ผู้ป่วยเพราะอยู่ที่บ้านก็เป็นผู้ทำให้ แต่กลัวว่าจะ
เป็นการรบกวนและก้าวก่ายการทำงานของพยาบาลเพราะการทำอาจไม่เหมือนกัน (ID. A01)

4. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

- 4.1 ต้องการให้ที่หอผู้ป่วยมีชุดสังฆทานหรืออุปกรณ์ทำบุญไว้ขายญาติ และอยากให้มีวันหนึ่งใน
สัปดาห์มีพระเดินบิณฑบาตโดยคนที่บ้าน หรือพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้ใส่บาตรด้วยมือตัวเอง (ID. 3B1)



4.2 ถ้าเป็นไปได้อยากให้น้องหมาของผู้ป่วยที่เลี้ยงไว้เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยเหมือนที่ต่างประเทศ (ID. 4C21)

4.3 ตอนก่อนใส่ร่างผู้ป่วยในถุง (ผู้ป่วยติดเชื่อเสียชีวิตแล้วต้องใส่ถุงแดงเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ) อยากให้คนที่บ้านหรือพยาบาลช่วยนำดินที่เอามาให้ลูบตัวผู้ป่วยเพื่อทำตะขมมุกก่อนที่จะนำศพออกจากโรงพยาบาล (ID. 3B09)

การอภิปรายผล

การศึกษาพบว่า ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยรวมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการเปรียบเทียบคุณภาพบริการระหว่างโรงพยาบาลที่ใกล้เคียง หรือตามสิทธิการรักษาที่ส่งตัวมา ในส่วนของโรงพยาบาลได้พัฒนาอาคารสถานที่ให้มีความสะอาดและทันสมัย สามารถเดินทางได้สะดวก มีการประชาสัมพันธ์การเปิดศูนย์ความเป็นเลิศที่มีมาตรฐานได้รับการรับรองเฉพาะโรค (Disease Specific Certification: DSC) โดยมีความพร้อมด้านอุปกรณ์เครื่องมือ และทีมผู้ดูแลในระยะวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การประชาสัมพันธ์ การแนะนำจากคนรู้จัก การเบิกค่ารักษาได้ตามสิทธิ ค่ารักษามีความเหมาะสมกับบริการ คุณภาพการรักษาของแพทย์ และพฤติกรรมของพยาบาล รวมถึงมีระบบการให้บริการที่ดี สถานที่สะอาดและสะดวกเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เลือกเข้ารับบริการ (Uamkhram & Srisatidnarukul., 2015)

ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอันดับแรก คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความต้องการข้อมูลของโรค การรักษา และเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับในระดับมากที่สุด อาจเป็นเพราะไม่เคยมีประสบการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวอยู่ในระยะวิกฤตมาก่อนย่อมทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล และต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไม่เคยเผชิญในหอผู้ป่วยวิกฤต (Scott et al., 2019) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในช่วงปริญญาตรี และประกอบอาชีพรับจ้าง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ครอบครัวที่มีการศึกษาในระดับที่สูงมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้ง่าย ย่อมต้องการข้อมูลในการรักษาที่สูงเพื่อใช้ในการตัดสินใจวางแผนการรักษา (Plyklum et al., 2020) วางแผนการเงิน การทำงาน และในบริบทของสังคมเมืองที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวทำให้ขาดแหล่งช่วยเหลือ รวมถึงการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ เกิดความเครียดจากงาน และการหาเงิน ครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เองจึงต้องหาผู้ดูแลหลักหรือหากผู้ป่วยมีแนวโน้มมีภาวะติดเตียงจำเป็นต้องติดต่อศูนย์ดูแลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง (Lhaosupab et al., 2019)

ความต้องการอันดับสองของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต คือ ด้านร่างกาย จะเห็นได้ว่าความต้องการอันดับต้นของครอบครัวเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับผู้ป่วยทั้งสิ้น เช่น ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมรอบที่ตีมีความเงียบสงบ การรักษามีความปลอดภัย และเกิดความสุขสบายไม่ทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับแนวคิดของ กากลิโอเน่ (Gaglione, 1984) กล่าวว่าในสถานการณ์วิกฤต ครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับตนเองมากนัก แต่จะมุ่งความสนใจไปที่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว โดยจะให้ความสำคัญกับตนเองมากขึ้นหลังจากที่อาการของผู้ป่วยคงที่หรือทุเลาแล้ว

ความต้องการอันดับสามของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต คือ ด้านอารมณ์พบว่า ต้องการได้พูดคุยเพื่อให้กำลังใจ บอกเล่าความรู้สึกหรือปัญหาที่ต้องเผชิญ รวมถึงข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนทางด้านอารมณ์ พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลหรือการได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่แตกต่างกันในแต่ละครอบครัว โรงพยาบาลที่ศึกษาครั้งนี้มีการประเมินด้านอารมณ์ ความเครียด วิตกกังวลของครอบครัวเมื่อแรกรับดูแลโดยเฉพาะด้านการเงิน เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมที่สามารถระบุช่วงเวลาที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า เมื่อต้องตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาครอบครัว



ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ผู้ป่วยวิกฤตต้องการได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ ได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อร้องขอ สื่อสารด้วยความสุภาพอ่อนโยน ได้เข้าเยี่ยมอย่างเพียงพอหรือสามารถระบุช่วงเวลาอื่น ๆ ในการเยี่ยม และสามารถอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเมื่ออาการวิกฤต รวมถึงได้รับการปลอบโยนอยู่เป็นเพื่อนจากเจ้าหน้าที่เมื่อรู้สึกอ่อนล้าจากความไม่คงที่ของอาการผู้ป่วย (Samrannet et al., 2016)

ความต้องการอันดับท้ายของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต คือ ด้านจิตวิญญาณพบว่า ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เท่าเทียมกับผู้ป่วยรายอื่น ต้องการความมั่นใจในผลลัพธ์การรักษา และต้องการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ดังเช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การตักบาตรทำบุญ หรือการทำพิธีตะยัมมูมในครอบครัวที่นับถือศาสนาอิสลาม เชื่อว่าหากครอบครัวผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณข้างต้นอย่างเต็มที่ จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Gaglione, 1984) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดามารดามีความต้องการด้านนี้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บิดามารดาต้องการรู้สึกมีความหวังมากที่สุด อธิบายว่าบิดามารดาต้องทำหน้าที่ดูแลคุ้มครองบุตร และเลี้ยงดูบุตรให้เติบโตมีคุณภาพชีวิตที่ดี ย่อมมีความคาดหวัง และจะทำทุกวิถีทางที่จะให้บุตรกลับมาหายปกติ (Wijitssopa & Phukaoluan, 2020)

สำหรับการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตโดยรวม อยู่ในระดับมาก จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการในกลุ่มตัวอย่างที่มาจากต่างจังหวัดอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 62.90) และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล (ร้อยละ 37.10) อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากโรงพยาบาลใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขั้นก้าวหน้า (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2021) ที่มุ่งเน้นปรับปรุงพัฒนางานอย่างเป็นระบบ บูรณาการดูแลสุขภาพโดยเน้นคุณค่า (Value-based Health Care) ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ คือ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้ำ (Needs and Experience of Patients) เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ จึงทำให้การดูแลรักษาที่ได้รับตรงกับความต้องการ

การได้รับการตอบสนองความต้องการที่อยู่ในอันดับแรกมากที่สุด คือ ด้านอารมณ์ เนื่องจากหน่วยงานมีนโยบายที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ปฏิบัติอย่างให้เกียรติเอาใจใส่ เน้นการมีส่วนร่วมประสานความร่วมมือของครอบครัว มีการประเมินความต้องการและปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความมั่นใจในคุณภาพการดูแล บรรลุเป้าหมาย และเกิดความพอใจต่อการรักษา เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว และกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาค่าใช้จ่าย มีความต้องการให้ตอบสนองด้านนี้มากที่สุด อาจเป็นเพราะว่าบริบทของครอบครัวในกรุงเทพมหานครที่เปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวขยายเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้จำนวนสมาชิกในครอบครัวลดลง และบางส่วนต้องทำหน้าที่หารายได้จึงเกิดความเครียด และความกดดันที่มากขึ้น (Udchumpisai & Sangsongrit, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะสามารถตอบสนองความต้องการที่ได้รับอย่างเหมาะสม และการได้รับคำแนะนำช่วยเหลือที่เพียงพอจะช่วยลดความเครียดวิตกกังวล ตลอดจนเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมดูแล (Park et al., 2018)

การได้รับการตอบสนองความต้องการที่อยู่ในอันดับสอง คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร แต่พบว่า การได้ทราบชื่อแพทย์พยาบาลที่ดูแล ความสำคัญของอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ การพูดคุยแผนการรักษากับทีมสุขภาพเป็นระยะ และระยะเวลาที่ใช้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตกลับได้รับการตอบสนองเป็นอันดับท้าย อาจเนื่องจากระยะแรกของการดูแลที่มีความยุ่งยาก ทำให้พยาบาลที่มีจำนวนจำกัดมุ่งเน้นจัดการกับความไม่คงที่ของสัญญาณชีพ สอดคล้องกับการศึกษาที่คล้ายกันพบว่า การให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วยถูกละเลยไปเนื่องจากข้อจำกัดทางด้านอัตรากำลัง ความรุนแรงของโรคที่ต้องช่วยเหลือ และพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อย อาจขาดทักษะในการ



พุดคุยหรือฟรื่องการประเมินความต้องการของญาติ (Büyükçoban et al., 2021) รวมถึงโรงพยาบาลที่ศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกๆระยะของการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในช่วงปริญญาตรีย่อมมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพียงแต่ทีมสุขภาพจำเป็นต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอ และเหมาะสมตามการรับรู้เพื่อให้ครอบครัวใช้ข้อมูลที่ได้รับตัดสินใจการรักษาได้อย่างเหมาะสม (Alsharari, 2019; Plyklum et al., 2020)

การได้รับการตอบสนองความต้องการที่อยู่ในอันดับสาม คือ ด้านร่างกาย โดยเฉพาะในส่วน of ครอบครัวเองที่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด เช่น การสอบถามความเป็นอยู่หรือการมาเยี่ยมที่โรงพยาบาล การมีร้านจำหน่ายสินค้าอุปโภคบริโภคที่อยู่ใกล้เคียง ความเพียงพอของที่นั่งพักและห้องน้ำแต่พบว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลับได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับมาก อาจเนื่องจากการจัดระบบการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตที่เป็นระบบปิด พยาบาลต้องเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตเองทั้งหมด แตกต่างจากครอบครัวที่ต้องเข้าเยี่ยมเป็นรอบเวลา และจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมบางส่วนจึงต้องรอนอกหอผู้ป่วย ทำให้มีบางส่วนที่พยาบาลไม่สามารถดูแล สอบถามพุดคุยเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างทั่วถึง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ในช่วงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตแม้ว่าครอบครัวจะให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แต่ในขณะที่เดียวกันครอบครัวก็ยังคงต้องการได้รับการตอบสนองด้านร่างกายเพื่อให้เกิดความสุขสบายเช่นเดียวกัน (Leong et al., 2023)

สำหรับการได้รับการตอบสนองความต้องการที่อยู่ในอันดับสี่ คือ ด้านจิตวิญญาณ ถึงแม้จะอยู่ในระดับมาก แต่กลับเป็นอยู่อันดับท้ายสุด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตต้องการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณมากที่สุด เป็นผลจากที่พยาบาลผู้ดูแลมีบุคลิกภาพที่ส่งเสริมการแสดงออกด้านความเชื่อและศาสนา ส่งผลให้ญาติรับรู้ถึงการได้รับความเคารพในความเชื่อ พยาบาลที่ดูแลมีส่วนช่วยชี้แนะในการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมทางด้านจิตวิญญาณ และเป็นที่ยังทางใจให้กับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต (Niyomthai et al., 2022) อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงทางด้านจิตวิญญาณพยาบาลที่ดูแลอาจต้องใช้เวลาในการทำความรู้จักครอบครัว แต่หอผู้ป่วยวิกฤตที่ศึกษาครั้งนี้ มีบริบทการมอบหมายงานที่แตกต่างกัน อาจไม่สามารถมอบหมายให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยรายเดิมได้อย่างต่อเนื่อง จึงอาจทำให้ครอบครัวผู้ป่วยและพยาบาลผู้ดูแลขาดการสื่อสารเชื่อมโยงเพื่อบอกถึงความต้องการ รวมถึงมาตรการควบคุมการติดเชื้อที่เข้มงวด การเยี่ยมถูกจำกัดเพียงครั้งละ 2 คน ตามช่วงเวลาที่กำหนด และการดูแลที่ซับซ้อนมุ่งให้ผู้ป่วยปลอดภัยทางด้านร่างกายเป็นหลัก จึงอาจเป็นผลให้การได้รับการตอบสนองเป็นลำดับสุดท้าย

สำหรับความสัมพันธ์ภาพรวมของความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง เพราะส่วนมากพยาบาลให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และเป็นไปได้ว่าการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขั้นก้าวหน้า รวมถึงการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทำให้หน่วยงานต้องปรับตัวรับมือต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของบริบทสังคมเมือง มีการเรียนรู้นำข้อมูลต่อยอดในการพัฒนางานคุณภาพการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและพึงพอใจต่อการดูแลรักษา แม้พยาบาลจะตระหนักดีว่าการตอบสนองที่ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลที่ศึกษาครั้งนี้ขาดแคลนพยาบาลกลุ่มนี้ค่อนข้างสูง จึงอาจมีข้อจำกัดด้านภาระงาน และประสบการณ์ที่ทำให้ขาดทักษะเพื่อประเมินหรือตอบสนองความต้องการเหล่านี้ไป สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหากพยาบาลมีจำนวนเพียงพอและมีภาระงานที่เหมาะสม มีความรู้และเจตคติที่ดีต่อครอบครัวผู้ป่วยจะช่วยให้การตอบสนองความต้องการที่ได้รับตรงกับความต้องการของ



ครอบครัวผู้ป่วย (Yoo et al., 2020)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินและตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในด้านการให้ข้อมูล ด้านจิตสังคม อื่น ๆ เช่น ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความเครียด การปรับตัว และด้านความพึงพอใจเพื่อประเมินคุณภาพการให้การดูแลของพยาบาลและทีมสุขภาพ

2. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้นำทางการพยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนหรือพัฒนาพยาบาลในหอผู้ป่วย ให้มีสมรรถนะในการประเมินและตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต และกำหนดนโยบายหรือแนวทางให้หอผู้ป่วยมีการตอบสนองในทุกด้านอย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

2. การศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เช่น ผลของการใช้แนวทางการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยต่อความเครียดและการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลวชิรพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านในการตรวจเครื่องมือวิจัย ตลอดจนขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

References

- Alsharari, A. F. (2019). The needs of family members of patients admitted to the Intensive care unit. *Patient Prefer Adherence, 13*, 465-473. <https://doi.org/10.2147/ppa.S197769>
- Beesley, S. J., & Brown, S. M. (2020). Family involvement in ICU. In R. C. Hyzy & J. McSparron (Eds.), *Evidence-based critical care*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26710-0_108
- Best, J. W., & Khan, J. V. (2012). *Research in education* (10th ed.). Prentice-Hall.
- Boonyaratkalin, P. (2019). Communicating with family of patients in intensive care unit: Nurse's role. *Thai Red Cross Nursing Journal, 12*(2), 90-99. (in Thai)
- Büyükcöban, S., Mermi Bal, Z., Oner, O., Kilicaslan, N., Gökmen, N., & Çiçeklioğlu, M. (2021). Needs of family members of patients admitted to a university hospital critical care unit, Izmir Turkey: Comparison of nurse and family perceptions. *Peer-Reviewed Journal, 9*, e11125. <https://doi.org/10.7717/peerj.11125>
- Gaglione, K. M. (1984). Assessing and intervening with families of CCU patients. *The Nursing Clinics of North America, 19*(3), 427-432.



Needs and Received Needs Responses Among Families of Critically Ill Patients at a University Hospital in Bangkok

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

- Goldfarb, M. J., Bibas, L., Bartlett, V., Jones, H., & Khan, N. (2017). Outcomes of patient- and family-centered care interventions in the ICU: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 45(10), 1751-1761. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002624>
- Kalolo, A. M., Mula, C., & Gundo, R. (2023). Family members' perception of their needs in critical care units at a tertiary hospital in Malawi: A qualitative study. *BioMed Central Nursing*, 22(1), 274. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01433-3>
- Khoyun, S., Sukonthawat, W., Kitkhuandee, B., & Thoin, P. (2021). Needs and need responses of the family members of patients treated in the intensive care unit. *Srinagarind Medical Journal*, 36(3), 333-339. (in Thai)
- Kusoom, W. (2022). *Critical care nursing: A holistic approach* (7th ed.). BPK Printing. (in Thai)
- Leong, E.-L., Chew, C.-C., Ang, J.-Y., Lojkip, S.-L., Devesahayam, P.-R., & Foong, K.-W. (2023). The needs and experiences of critically ill patients and family members in intensive care unit of a tertiary hospital in Malaysia: A qualitative study. *BioMed Central Health Services Research*, 23(1), 627. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09660-9>
- Lhaosupab, N., Prueksaanantakal, N., & Thaidumrongdet, P. (2019). Issues and nurses' role in the care for relatives of critically ill patients in the urban society. *Vajira Nursing Journal*, 21(2), 100-109. (in Thai)
- Morton, P. G., & Thurman, P. (2023). *Critical care nursing: A holistic approach*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Niyomthai, N., Chintapanyakun, T., Wongsri, P., Hiransai, P., & Pomrod, T. (2022). The needs of family members of intensive care unit patients: Needs assessment research. *Nursing Journal CMU*, 49(2), 283-297. (in Thai)
- Park, M., Giap, T. T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient-and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 69-83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>
- Plyklum, J., Pinyokum, N., & Somrarnyart, M. (2020). Factors related to shared decision making needs regarding medical treatments of critically ill neurological patients' families. *Nursing Journal*, 47(3), 97-108. (in Thai)
- Samrannet, W., Korissaranuphab, N., Wangwun, P., Saenyabutr, C., & Srikaew, S. (2016). Need of family of critically ill patients intensive care unit of hospital under Ministry of Public Health in service provider Regional Health Area 7. *Christian University of Thailand Journal*, 22(4), 510-524. (in Thai)



Needs and Received Needs Responses Among Families of Critically Ill Patients at a University Hospital in Bangkok

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

- Scott, P., Thomson, P., & Shepherd, A. (2019). Families of patients in ICU: A scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing Open*, 6(3), 698-712. <https://doi.org/10.1002/nop2.287>
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The methodology in nursing research*. U & I Inter Media. (in Thai)
- Srisuphaolarn, I., & UaKit, N. (2016). The effect of meeting family-needs program on anxiety of family members of critically ill patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 36(3), 77-93. (in Thai)
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2021). *Hospital and healthcare standards* (5th ed.). Kor Karn Pim Thien Kwang. (in Thai)
- Uamkhram, S., & Srisatidnarakul, B. (2015). Discriminating factors of health care consumers in governmental and private hospital, Bangkok metropolitan. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 27(1), 83-94. (in Thai)
- Udchumpisai, M., & Sangsongrit, N. (2020). Need and preparedness of caregivers to care for medical critically-ill patients: A mixed-method study. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 261-281. (in Thai)
- Wijitssoapa, G., & Phukaoluan, J. (2020). Needs and response of service as perceived by their relative in the intensive care unit at Krabi hospital. *Krabi Medical Journal*, 3(1), 23-37. (in Thai)
- Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, J. L. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLOS ONE*, 15(7), e0235694. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>
- Zambezi, M., Emmamally, W., & Mooi, N. (2022). Spiritual care: A description of family members' preferences of spiritual care nursing practices in intensive care units in a private hospital in Kwa-Zulu Natal, South Africa. *Healthcare*, 10(4), 595. <https://doi.org/10.3390/healthcare10040595>



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit*
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม*

ชฎารัตน์	ไชยตัน**	Chadarat	Chaitan**
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช***	Chiraporn	Techaodomdach***
มยุลี	สำราญญาติ****	Mayulee	Somrarnyart****

Abstract

Patients admitted to the medical intensive care unit (MICU) include severely ill persons with acute multiple organ failure and uncertain progression. Most of them are unable to make decisions by themselves, meaning that families have to take part in decision-making. The aim of this descriptive-correlational study was to examine factors related to shared decision-making needs for treatment in the MICU. Eighty-five families of critically ill persons were recruited from the MICU, Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital using a simple random sampling technique. Research instruments were composed of four parts, 1) the family's information, 2) needs of family regarding the medical treatment questionnaire, 3) Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II), and 4) Consumer Quality Index Relative in Intensive Care Unit. Descriptive and Pearson's correlational analysis were used to analyze data.

The results showed that:

1. The shared decision-making needs regarding medical treatment of critically ill patients' families were at a high level (94.11%).
2. Severity of illness in medical care units was at a high level (77.59%).
3. Quality of care, according to family's perceptions, was at a good level (91.76%).
4. The shared decision-making needs regarding medical treatment of critically ill patients' families had a small positive significant relationship with severity of illness ($r = .023, p < .05$).
5. The shared decision-making needs regarding medical treatment of critically ill patients' families had a small positive significant relationship with quality of care according to families' perceptions ($r = .120, p < .05$).

The results of this research provide foundational information to promote quality of care so that critically ill patients' families can share decision-making needs regarding medical treatment.

Keywords: Shared decision-making needs; Severity of illness; Critical illness; Quality of care; Medical intensive care unit

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: chadar1580@gmail.com

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 25 April 2023; Revised 20 November 2023; Accepted 23 November 2023



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment
of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความ ต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา
ของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญอย่างเฉียบพลันหลายอวัยวะ มีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน ผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ไม่สามารถตัดสินใจในการรักษาด้วยตนเองได้ ดังนั้นครอบครัวต้องมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ จำนวน 85 ราย เลือกรandomตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วย 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว 3) แบบประเมินความเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันและภาวะสุขภาพเรื้อรังฉบับที่ 2 และ 4) แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's correlational analysis

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 94.11
2. ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 77.59
3. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวอยู่ในระดับดีร้อยละ 91.76
4. ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .023, p < .05$)
5. ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .120, p < .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแล ดังนั้นครอบครัวผู้ป่วยหนักสามารถมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา

คำสำคัญ: ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยหนัก
คุณภาพการดูแลผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: chadar1580@gmail.com
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 25 เมษายน 2566 วันที่แก้ไขบทความ 20 พฤศจิกายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 23 พฤศจิกายน 2566



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เป็นหอผู้ป่วยที่จัดไว้เพื่อรักษาดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักด้านอายุรกรรม โดยเฉพาะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ด้วยเครื่องมือติดตามสัญญาณชีพที่ละเอียดตลอดเวลา สาเหตุการเจ็บป่วยอาจเกิดจากโรคเรื้อรังหรือโรคเฉียบพลันของผู้ป่วย ผู้ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจะมีความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน รวมถึงการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิต (Azoulay et al., 2014) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ มีภาวะไตวายเรื้อรังหรือไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ และมีภาวะช็อก (Marshall et al., 2017) ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเพื่อดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะสำคัญด้วยการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ไว้ในร่างกาย ร่วมกับการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ และสายสวนหลอดเลือด เป็นต้น

ผู้ป่วยหนักมีภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาสุขภาพที่คุกคามต่อชีวิต ดังนั้นต้องมีผู้แทนหรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจทางกฎหมายเข้ามาเพื่อกระทำหน้าที่ดูแล และช่วยตัดสินใจในการรักษาแทนผู้ป่วย บ่อยครั้งพบว่า เป็นการตัดสินใจในสถานการณ์ที่มีการวินิจฉัยและการดำเนินของโรคที่ไม่มีความแน่นอน หรือในกรณีที่อาการป่วยของผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต การตัดสินใจในการรักษาโดยครอบครัวจะครอบคลุมไปถึงการตัดสินใจเพื่อเริ่มต้นการรักษา กระทำการรักษาต่อ ระวัง หรือตัดสินใจสิ้นสุดการรักษาโดยไม่ยื้อชีวิต (Trees et al., 2017) ซึ่งการตัดสินใจในการรักษาแทนผู้ป่วยของครอบครัวเป็นการตัดสินใจที่ยากลำบากทางอารมณ์ โดยเฉพาะการตัดสินใจเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต นับเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ตัดสินใจได้ลำบาก และต้องการความเห็นจากสมาชิกของครอบครัวหลายคน

จากการศึกษาสถานการณ์การตัดสินใจในหอผู้ป่วยหนักพบว่า การตัดสินใจในระยะวิกฤตในอดีตที่ผ่านมา แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์มักเป็นผู้ตัดสินใจจากข้อดี ข้อจำกัดของการรักษา แล้วทำการตัดสินใจการตรวจวินิจฉัย การบริหารยา หรือการทำหัตถการต่าง ๆ ส่วนการตัดสินใจเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การรักษาด้วยยากระตุ้นความดันโลหิต การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การให้เลือด การใส่สายสวนหลอดเลือดดำแบบชั่วคราว และการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง (Azoulay et al., 2014) แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ผู้มีประสบการณ์ หรือความเชี่ยวชาญจะเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเลือกหัตถการหรือการรักษา มากกว่าครอบครัวหรือผู้ป่วย (Kon et al., 2016) แต่ในปัจจุบันการแพทย์ทั่วโลกหันมาสนใจสิทธิของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการรักษา และระบบบริการสุขภาพทั่วทุกแห่งให้ความสำคัญกับแนวคิดของการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย (Kon et al., 2016) โดยมีหลักการหรือแนวคิดมาจากการยึดความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient center preference) หากผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตไม่รู้สึกรู้ตัว พร่องความสามารถในการตัดสินใจ ครอบครัวจะมีบทบาทในการเป็นตัวแทนทำหน้าที่ในการตัดสินใจหลัก

สถานการณ์การมีส่วนร่วมตัดสินใจรักษา ได้รับการส่งเสริมและกำหนดเป็นหนึ่งในนโยบายด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011 เพื่อการพัฒนาประชากรทางสุขภาพและลดต้นทุนทรัพยากรทางการแพทย์ (Légaré et al., 2018) ซึ่งองค์กรและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ได้แนะนำการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา ให้เป็นองค์ประกอบหลักของการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในหอผู้ป่วยหนัก (Kon et al., 2016) จากการศึกษาในงานวิจัยก่อนหน้านี้ (White et al., 2007) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยหนักมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาร้อยละ 31 และเข้าใจในกระบวนการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาเพียงร้อยละ 25 และพบว่า ครอบครัวที่เข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจรักษามีเพียงร้อยละ 15 เท่านั้น แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการส่งเสริมการ



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ร่วมตัดสินใจในการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก แต่ยังคงพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยเข้าร่วมในการตัดสินใจได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษามีความยุ่งยาก ซับซ้อน และครอบครัวผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการตัดสินใจ (Azoulay et al., 2014)

การตัดสินใจในการรักษามีรูปแบบด้วยกัน 3 ด้าน คือ 1) แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้กำหนดหรือชี้แนะการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา (the paternalistic model) เป็นรูปแบบที่พบเห็นเป็นหลัก โดยแพทย์เป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่เพียงฝ่ายเดียว 2) ผู้ป่วยหรือครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาเอง (the informed choice model) เป็นรูปแบบที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถเลือกวิธีการรักษาหรือตัดสินใจในการรักษาเองอย่างอิสระ และ 3) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา (shared decision making) เป็นรูปแบบที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยหรือครอบครัว ในทุกระยะของกระบวนการตัดสินใจ มีลักษณะที่เป็นพลวัตและสามารถเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจได้ตลอดเวลา มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลแบบสองทาง โดยแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลในส่วนของข้อดี ข้อจำกัด และความเสี่ยง ในวิธีการรักษาต่าง ๆ ซึ่งความสำคัญของการร่วมตัดสินใจในการรักษา คือ เป็นการรักษาโดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัว ที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาหรือทำหัตถการที่ตรงตามความต้องการของตน โดยคงความสมดุลระหว่างข้อดี ข้อเสียของการรักษาแต่ละด้านไว้เพื่อเป้าหมาย คุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้ป่วยมากที่สุด (Charles et al., 1997) ดังนั้นรูปแบบการตัดสินใจที่เหมาะสม คือ การมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา

ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว หมายถึง ความปรารถนาของครอบครัวในการเข้าไปมีบทบาทในกระบวนการเลือกวิธีการดูแลรักษาพยาบาล และวิธีการตรวจวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยวิกฤต โดยกระบวนการนี้สามารถทำได้หลายครั้งในกระบวนการรักษา เพื่อเลือกวิธีการรักษา การทำหัตถการ การให้ยา หรือการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิต หรือเป็นการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อคงประโยชน์ เป้าหมาย คุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้ป่วยมากที่สุด (Elwyn et al., 2012; Kon et al., 2016)

ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษามี 3 ขั้นตอน คือ 1) การสนทนาเกี่ยวกับทางเลือกการดูแลรักษาโดยบุคลากรทางสุขภาพทำงานร่วมกันอธิบายทางเลือก เสนอแนวทางการสนับสนุน และสอบถามถึงเป้าหมายในการดูแล 2) การสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดของทางเลือก วิธีการดูแลรักษา อภิปรายถึงแนวทางการเลือก ผลดี ผลเสีย และเปรียบเทียบถึงความเป็นไปได้ และ 3) การสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจดูแลรักษา เลือกทางเลือกที่เป็นไปได้แล้วทำการตัดสินใจเลือกการรักษา (Elwyn et al., 2012) ความต้องการการมีส่วนร่วมหรือสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษามีผลดี คือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ตรงตามความต้องการของตนเอง ครอบครัวพึงพอใจต่อการให้การรักษา หากผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ผลกระทบที่ตามมามักเป็นความไม่พึงพอใจต่อวิธีการรักษาของแพทย์ ความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยหนักและการฟ้องร้อง (Kon et al., 2016; Thompson-Leduc et al., 2016)

ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพโดยอาศัยความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ และผู้ป่วยหรือครอบครัวโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Légaré et al., 2018) เป็นการลดตัวเลือกที่ไม่มีประโยชน์หรือไม่มีผลต่อการรักษา รวมทั้งเพิ่มการใช้ตัวเลือกที่มีประโยชน์ให้ชัดเจนเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วย ลดการทำหัตถการที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย เช่น การใส่สายสวนเพื่อฟอกไตชั่วคราว การฟอกไตแบบต่อเนื่อง การใส่เครื่องช่วยพยุงการทำงานของหัวใจและปอด (Extracorporeal Membrane Oxygenation: ECMO) เนื่องจากในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมส่วนใหญ่ให้การดูแลรักษาแบบเชิงรุก



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

(aggressive care) และลดรูปแบบการปฏิบัติด้านการดูแลคุณภาพที่ไม่มีเหตุผล เช่น การตรวจวินิจฉัย การให้ยา หรือหัตถการต่าง ๆ ที่เกินความจำเป็น มีลักษณะของการดูแลรักษาหรือหัตถการที่มีอันตรายและความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตหรือเกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ เพิ่มความพึงพอใจ เพิ่มความเสมอภาคให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ในการเลือกวิธีการรักษา ร่วมกัน และลดการฟ้องร้อง และช่วยเพิ่มประสบการณ์รวมถึงความสัมพันธ์กันในทีมสหสาขาวิชาชีพของบุคลากรทีมสุขภาพ (Légaré et al., 2018; Müller-Engelmann et al., 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นการตอบสนองของบุคลากรทางการแพทย์ในด้านการให้ข้อมูลพฤติกรรมดูแล ความต่อเนื่องในการดูแล 2) ด้านผู้ตัดสินใจหรือเป็นตัวแทนในการตัดสินใจ เช่น ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ลักษณะของโรค ระดับความรุนแรงของโรค ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย การตัดสินใจรับการรักษาหรือการป้องกันในการรักษาและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย (Müller-Engelmann et al., 2011) และ 3) ปัจจัยด้านอื่น ๆ หรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษา คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและผลเสียแก่ครอบครัวน้อย และการอธิบายจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับแนวโน้มและการดูแลรักษาโรค ระยะเวลาในการทำกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา ความหลากหลายของสถานการณ์การรักษาหรือตัวเลือกในการรักษา (Légaré et al., 2018) ซึ่งปัจจัยที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษา นั้น เป็นระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและคุณภาพในการดูแลรักษาตามการรับรู้ของครอบครัว

ปัจจัยด้านความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสำคัญต่อการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก โดยระดับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายมีความรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตแตกต่างกัน สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินสรีรวิทยาเฉียบพลันและภาวะสุขภาพเรื้อรัง 2 หรือ Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II (APACHE II) เป็นการประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อใช้ประเมินโอกาสที่จะเสียชีวิต และความจำเป็นของการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น มีการศึกษาโดยใช้ APACHE II พบว่า เป็นแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหนัก จากคะแนนรวมที่ประเมินได้อย่างแม่นยำ (Sadaka et al., 2017)

ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวลสูง และทำให้ครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการดูแลรักษาของครอบครัวโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Lissauer et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาในปี ค.ศ. 2017 ซึ่งพบว่าหากผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมมากกว่า 2 โรค หรือมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้น สามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตได้สูง ครอบครัวสามารถตัดสินใจได้ง่ายว่าจะยื้อชีวิต หรือยุติการรักษา (Skjaker et al., 2017) และเมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวรับรู้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแล้ว จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น (Gualano et al., 2019) ดังนั้นความรุนแรงของการเจ็บป่วยจึงมีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย

คุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วย เป็นการรับรู้การให้บริการทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) โครงสร้าง ประกอบด้วย องค์กรของหอผู้ป่วยหนัก 2) กระบวนการ ประกอบด้วย การสื่อสาร การดูแลครอบครัวผู้ป่วย การมีส่วนร่วม และ 3) ผลลัพธ์ ประกอบด้วย การตัดสินใจทั่วไป (Rensen et al., 2017) คุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วยหนักเป็นการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลรวมถึงการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาเพิ่มขึ้น (Latif et



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

al., 2016) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการใช้ความรู้ ความสามารถเฉพาะทางของบุคลากรทางการแพทย์มาส่งเสริมคุณภาพการดูแล

การประเมินการรับรู้คุณภาพการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยหนัก มีการประเมินจากความต้องการการตอบสนองของญาติในหอผู้ป่วยหนัก และประเมินจากการรับรู้ของครอบครัว จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาและคุณภาพในการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ผู้ป่วยซึ่งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษาไม่ได้รายงานถึงคุณภาพการดูแลที่ดีเยี่ยมจากบุคลากรทางสุขภาพ (Kehl et al., 2015) เนื่องจากหอผู้ป่วยหนักให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย ครอบครัวต้องใช้เวลามากอยู่ในหอผู้ป่วยหนักเป็นเวลานาน อาจตัดสินใจหรือประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามช่วงเวลาที่คุณภาพการแพทย์เข้าไปดูแลผู้ป่วย ประเด็นที่ครอบครัวกังวลในการดูแลคือ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของทีม เช่น การจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ หอบเหนื่อย การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีความก้าวร้าว บรรยากาศในหอผู้ป่วยหนักและการเปิดโอกาสให้เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ง่ายจากบุคลากร (Jensen et al., 2017)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการสนับสนุนด้านจิตใจของครอบครัว การให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนระหว่างการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาดังเช่นการศึกษาของ เจนเซน และคณะ (Jensen et al., 2017) พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยหนักมีความพึงพอใจในระดับกลางถึงสูง เมื่อได้รับการดูแลจากทีมบุคลากรทางสุขภาพในเรื่อง การดูแลผู้ป่วย การดูแลครอบครัว การให้ข้อมูล และการตัดสินใจในการรักษา นอกจากนี้มีการศึกษาในสาธารณรัฐเช็ก (Pavla et al., 2017) ศึกษาในเรื่องปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยหรือครอบครัวในเรื่องความรวดเร็วและทักษะในการให้การรักษามีได้แตกต่างกัน แต่ปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความแตกต่างหรือโดดเด่นเป็นเอกลักษณ์ คือ คุณภาพในการให้บริการหรือคุณภาพการดูแลในด้านการบริการด้วยความเป็นมนุษย์ เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวล ผู้ป่วยคาดหวังถึงการให้บริการในระดับสูง ให้ความสนใจและเอาใจใส่ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยคือ คุณภาพในการดูแลซึ่งผู้ป่วยจะประเมินจากปัจจัยหลายด้านรวมถึงความเชี่ยวชาญของบุคลากรทางการแพทย์ แสดงให้เห็นว่าคุณภาพในการดูแลมีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า ความยุ่งยากและความซับซ้อนในการตัดสินใจมักขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติตามวัฒนธรรมองค์กรนั้น ๆ รวมไปถึงการศึกษาศาสนาการณความต้องการในการมีส่วนร่วมตัดสินใจรักษาของครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรมในไทย มีเพียงการศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งครอบครัวต้องการให้มีการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ (Chatrkaw et al., 2012) และครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการในการเข้าร่วมตัดสินใจรักษา แต่ยังไม่มีการศึกษากับปัจจัยด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เพื่อนำไปสู่การศึกษาถึงการคาดเดาปัจจัยที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
2. เพื่อศึกษาความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
3. เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวและความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ ทำการศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว หมายถึง ความปรารถนาของครอบครัวในการเข้าไปมีบทบาทในกระบวนการเลือกวิธีการดูแลรักษาพยาบาล และวิธีการตรวจวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยวิกฤต โดยกระบวนการนี้สามารถทำได้หลายครั้งในกระบวนการรักษาเพื่อเลือกวิธีการรักษา การทำหัตถการ การให้ยา หรือการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิต หรือเป็นการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อคงประโยชน์ เป้าหมาย คุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวผู้ป่วยหนักกับบุคลากรทางสุขภาพตามแนวคิดของ เอลวิน และคณะ (Elwyn et al., 2012) ใน 3 ขั้นตอน คือ 1) การสนทนาเกี่ยวกับทางเลือกการดูแลรักษา ซึ่งในการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวจะรวมไปถึงการพูดคุย สนทนากับบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ 2) การสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดของทางเลือกแต่ละวิธี ผลดี ผลเสีย และเปรียบเทียบถึงความเป็นไปได้ของผลการรักษา ทั้งนี้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษา และความเป็นไปได้ของผลการรักษา และ 3) การสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจดูแลรักษา และให้ครอบครัวผู้ป่วยหนัก ตัดสินใจเลือกการรักษาหรือปฏิเสธ

ความรุนแรง หมายถึง ระดับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหนัก มีความรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง โดยระดับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหนักแต่ละรายมีความรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตแตกต่างกัน และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว หมายถึง ระดับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยหนักจากบุคลากรทางสุขภาพตามการรับรู้ของครอบครัวผู้ป่วย นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ยังศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยเก็บข้อมูลสมาชิกในครอบครัว 1 รายต่อผู้ป่วย 1 ราย มีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป 2) เป็นบุคคลผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง มีสิทธิชอบธรรมตามกฎหมายในการเป็นผู้แทนตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยหนัก เช่น คู่สมรสตามกฎหมาย บุตรหรือบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย บิดา มารดา พี่ น้อง ร่วมบิดามารดาเดียวกัน 3) เป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ในการตัดสินใจในการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมในการเข้ารับการรักษาครั้งนี้ของผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยการใช้แบบคัดกรองครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์การตัดสินใจ 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 ให้อำนาจการทดสอบ (power of test) 0.80



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

และกำหนดการประมาณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) 0.30 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลระดับปานกลาง (medium effected size) เนื่องจากไม่มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้มาก่อน จึงไม่มีงานวิจัยอื่น ๆ ที่นำมากำหนดค่าขนาดอิทธิพลได้ ซึ่งในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์จึงใช้ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Polit & Beck, 2008) และสามารถนำมาประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างทางการแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เท่ากับ 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ประกอบด้วย เพศ สถานภาพ สมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาแทนบุคคลในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วย พัฒนาโดย จิตภา พลากุล (Plyklum et al., 2020) ตามแนวคิดของ เอลวิน และคณะ (Elwyn et al., 2012) ครอบคลุมองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 3 ขั้นตอน การสนทนาเกี่ยวกับทางเลือกวิธีการดูแลรักษา จำนวน 8 ข้อ การสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดของทางเลือก วิธีการดูแลรักษาเพื่อประกอบการตัดสินใจ จำนวน 10 ข้อ และการสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจในการดูแลรักษาจำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 23 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมิน 6 ระดับ (rating scale) ตั้งแต่ 0-5 โดย 0 หมายถึง ท่านไม่มีความต้องการตามข้อความนั้น 5 หมายถึง ท่านต้องการตามข้อความนั้นมากที่สุด มีค่าคะแนนอยู่ช่วงระหว่าง 0-115 คะแนน การแปลความหมายของคะแนน พิจารณาตามหลักสถิติคำนวณของอันตรภาคชั้น 3 อันดับ โดย 0-38.33 คะแนน หมายถึง ครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยในระดับต่ำ 38.34-76.67 คะแนน หมายถึง ครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยในระดับปานกลาง 76.68-115 คะแนน หมายถึง ครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมิน APACHE II พัฒนาโดย คนอส และคณะ ในปี ค.ศ. 1985 (Knaus et al., 1985) เป็นการแยกระดับความรุนแรงของโรค ใช้ระยะเวลาในการประเมินตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงแรก คะแนนรวมเท่ากับ 0-71 คะแนน โดยคะแนน 0-10 หมายถึง มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยเล็กน้อยคะแนน 11-20 หมายถึง มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยปานกลาง คะแนนมากกว่า 20 หมายถึง มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากและผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง (Knaus et al., 1985; Sadaka et al., 2017)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว (Consumer Quality Index Relative in Intensive Care Unit: CQI) พัฒนาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพลูกค้า (Consumer Quality Index: CQI) และดัดแปลงตามแนวคิดการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยโดย ซิกม่า และคณะ (Sixma et al., 1989) พัฒนาโดย แวน โมล และคณะ (Van mol et al., 2014) มีทั้งหมด 58 ข้อ 7 ด้าน คือ คำถามทั่วไป 4 ข้อ (ข้อ 1-4) ลักษณะคำตอบเป็น เลือกลงและคำตอบ ใช่/ไม่ใช่ คำถามปฏิสัมพันธ์และการให้คำปรึกษา 16 ข้อ (ข้อ 5-20) ลักษณะคำตอบเป็น ใช่/ไม่ใช่และมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ (1= ไม่เคย 2= บางครั้ง 3= บ่อย ๆ 4= เสมอ) คำถามเกี่ยวกับการรักษา 10 ข้อ (ข้อ 21-30) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ (1= ไม่เคย 2= บางครั้ง 3= บ่อย ๆ 4= เสมอ) คำถามด้านองค์การหอผู้ป่วยหนัก 12 ข้อ (ข้อ 31-42) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ (1= ไม่เคย 2= บางครั้ง 3= บ่อย ๆ 4= เสมอ) และ ใช่/ไม่ใช่ ด้านทั่วไป 4 ข้อ (ข้อ 43-46) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 0-10 โดย 0 = แย่มาก 10 = ดีมาก



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว 9 ข้อ ข้อ 47-51 เป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ, ข้อ 52-55 ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับภูมิปัญญาของครอบครัว และข้อ 56-58 ลักษณะเป็นคำถามเกี่ยวกับผู้ช่วยเหลือในการทำแบบประเมิน การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึงคุณภาพการดูแลที่ดี คะแนนรวมต่ำหมายถึงคุณภาพที่ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว และแบบประเมิน APACHE II ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1) ขออนุญาตทำการแปลแบบประเมินจากผู้พัฒนาแบบประเมินฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย 2) แปลแบบประเมินจากฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย 3) ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาในการตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาในการแปล 4) ผู้วิจัยนำฉบับภาษาไทยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาแปลเป็นภาษาอังกฤษโดยใช้การแปลย้อนกลับ (back translation) 5) ผู้วิจัยเปรียบเทียบแบบประเมินต้นฉบับกับฉบับภาษาอังกฤษที่ผ่านการแปลย้อนกลับจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมทั้งภาษาและวัฒนธรรม จากนั้นได้ส่งฉบับที่ได้รับการแปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษส่งกลับไปให้ผู้พัฒนาแบบประเมินเพื่อพิจารณาความเหมาะสมอีกครั้งหนึ่งก่อนการปฏิบัติ ซึ่งทางผู้พัฒนาแบบประเมินไม่มีข้อแก้ไขหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ประจำหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยหนักจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงด้านพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจำนวน 2 ท่าน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ การคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91

แบบสอบถามความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว และแบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest reliability) กับครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ที่มีคุณลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Pearson' product moment correlation coefficient โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ (Coefficient of stability) ได้ค่า $r = 0.90$ และแบบประเมิน APACHE II ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้บันทึก 2 คน (interrater reliability) คือ ผู้วิจัยกับพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยทำการจดบันทึกในผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับตามหนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 109/2564 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ก่อนรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองที่



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จนครบ 85 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วย ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย คุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สถิติ Kolmogorov-Smirnov test (KS) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlational analysis ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.80 อายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 74 ปี มีอายุระหว่าง 35-44 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.90 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.70 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.87 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.30 อาชีพทำธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.60 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 76.50 มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.60

2. ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง มีความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 75-115 คะแนน หรือระดับสูง และมีความต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 94.11

3. ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 77.59

4. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม อยู่ในช่วง 83-157 คะแนน หรือระดับดี และรับรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 91.76

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวและความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .023, p < .05$) ดังตารางที่ 1

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r =$



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

.120, $p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัว ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว (n = 85)

ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	.023	.001
คุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว	.120	.003

การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างจากครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 75-115 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 94.11 โดยข้อคำถามที่ครอบครัวของผู้ป่วยให้คะแนนมากที่สุด 5 ข้อ คือ ต้องการทราบประเด็นปัญหาการดูแลรักษาที่สำคัญซึ่งจะต้องทำการตัดสินใจ ต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับทางเลือกวิธีการดูแลรักษา ต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลรักษาทั่วไปในแต่ละวิธี ต้องการให้ทีมสุขภาพอธิบายรายละเอียดของวิธีการดูแลรักษาและวิธี (โดยชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของแต่ละวิธีการ ไม่ว่าจะเป็วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการรักษาโดยใช้ยา) และต้องการให้ทีมสุขภาพให้คำแนะนำเพิ่มเติมด้วยความเต็มใจ ในกรณีที่ยังไม่สามารถตัดสินใจได้

สำหรับข้อคำถามที่ได้คะแนนน้อย (3 คะแนน) คือ ต้องการให้ทีมสุขภาพเข้าใจความลำบากในการตัดสินใจ ต้องการให้ทีมสุขภาพรับรู้ว่าจะเกิดความเครียดและมีความวิตกกังวลในการตัดสินใจครั้งนี้ ต้องการให้ทีมสุขภาพใช้อุปกรณ์ที่ช่วยประกอบคำอธิบายข้อมูล เช่น รูปภาพ หรือแผนผัง วิธีการดูแลรักษาแต่ละวิธี แผ่นพับคำแนะนำ ต้องการให้ทีมสุขภาพสรุปและทบทวนทางเลือกการดูแลรักษา และ ต้องการให้ทีมสุขภาพคอยเตือนเมื่อถึงกำหนดระยะเวลาในการตัดสินใจ

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมนั้นมีระดับความรู้สึกรู้ตัวและความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 77.59 เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมนั้น มีเป้าหมายเพื่อรักษาชีวิตและการคงไว้ซึ่งหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือติดตามสัญญาณชีพที่ละเอียดตลอดเวลา (Haupt et al., 2003) ซึ่งสาเหตุการเจ็บป่วยอาจเกิดจากโรคเรื้อรังหรือเฉียบพลันของผู้ป่วย มีความรุนแรงจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง การใส่สายสวนหลอดเลือดดำชั่วคราวและการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการช่วยฟื้นคืนชีพ (Marshall et al., 2017) ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนเอง และไม่สามารถตัดสินใจในการรักษาของตนเองเนื่องจากความรุนแรงของตัวโรค ครอบครัวผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ตัดสินใจแทน ทั้งการตัดสินใจในการรักษาทั่วไปและการตัดสินใจเพื่อไม่ยื้อชีวิตของ



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีลักษณะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังซึ่งทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วยมีความยาก (Chang et al., 2015; Grignoli et al., 2018; Naef et al., 2021)

ครอบครัวผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและมีสิทธิชอบธรรมตามกฎหมายในการเป็นผู้แทนตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยหนัก เช่น คู่สมรสตามกฎหมาย บุตร หรือบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย บิดา มารดา พี่ น้อง ร่วมบิดามารดาเดียวกัน เป็นต้น บทบาทของครอบครัวตามความคาดหวังของสังคมที่ต้องแสดงออกต่อผู้ป่วยหนักนั้นคือความรัก ความเอาใจใส่ ความวิตกกังวล เมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย เนื่องจากการเข้ารับการรักษาตัวของผู้ป่วย (Singdong & Jitpanya, 2011) และการที่ครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาอยู่ในระดับสูง มีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของครอบครัว ซึ่งเป็นคู่สมรส ร้อยละ 37.60 และบุตรชายหรือบุตรสาว ร้อยละ 35.30 ซึ่งพบว่าผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มักเรียงลำดับขั้นของความสัมพันธ์ในครอบครัวจากมากไปน้อย เช่น คู่สมรส บุตร (Harvey et al., 2021) ซึ่งมีความวิตกกังวลสูงเมื่อบุคคลในครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสองในสามต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วย รวมไปถึงครอบครัวมักมีบทบาทเชิงรุกในการตัดสินใจระหว่างกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา (Hopkins, 2018)

ด้านระดับการศึกษาของครอบครัวผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมีความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยในระดับสูงถึงร้อยละ 77.59 มีความเกี่ยวข้องกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 55.30 และระดับสูงกว่าอุดมศึกษา ร้อยละ 9.40 ซึ่งระดับการศึกษาสูงจะทำให้ครอบครัวมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลการรักษาได้ง่าย เมื่อครอบครัวมีข้อมูลในการตัดสินใจในระดับหนึ่งแล้วจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาในระดับสูง (Dijkman et al., 2022) และครอบครัวผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษามากกว่าครอบครัวผู้ป่วยหนักที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Waddell et al., 2021)

ด้านภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างมีรายได้สูงกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 76.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวและรับราชการร้อยละ 30.60 และ 28.20 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ป่วยที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงขึ้น มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นและประสบการณ์เชิงบวกในอดีตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีแนวโน้มที่จะมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา (Waddell et al., 2021)

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยระดับปานกลาง ร้อยละ 22.41 และมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับมากร้อยละ 77.59 โดยประเมินจากแบบประเมินความเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันและภาวะสุขภาพเรื้อรังฉบับที่ 2 (APACHE II) แปลผลได้ว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการสูญเสียชีวิต จากการศึกษาครั้งนี้ครอบครัวผู้ป่วยรับทราบระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ และ พยาบาลในหอผู้ป่วย ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกิดความเครียด ในช่วง 2-3 วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักมีผลกระทบทางจิตใจต่อครอบครัว คือ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความวิตกกังวลยังเพิ่มขึ้นหากผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (Iglesias et al., 2022) ความรุนแรงของการเจ็บป่วยส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวลสูง และทำให้ครอบครัวต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาสูง (Lissauer et al., 2011)



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

กลุ่มตัวอย่างจากครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีการรับรู้คุณภาพการดูแลของครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักอยู่ในช่วง 83-157 คะแนน และรับรู้คุณภาพการดูแลของครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 91.76 การศึกษาครั้งนี้ ครอบครัวรับทราบเบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วย รับทราบถึงบทบาทเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกครั้งที่มาติดต่อที่หอผู้ป่วย รับทราบถึงการจัดบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระหว่างที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก รับทราบเกี่ยวกับที่จอดรถและการเสียค่าบริการที่จอดรถ รับทราบสถานการณ์เกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอื่นหรือให้การดูแลในสถานการณ์อื่น ครอบครัวมีโอกาสได้อยู่กับผู้ป่วยแบบเป็นส่วนตัวทุกครั้งที่มาเยี่ยมผู้ป่วย และถูกรบกวนจากผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นเป็นครั้งคราว ช่วงเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตอบสนองความต้องการได้ดี

ครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษาสูง โดยแพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญต่อครอบครัวในเรื่องการให้ข้อมูลที่ครอบครัวสามารถเข้าใจได้ มีเวลารับฟังครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยให้คะแนนในด้านการสื่อสารกับแพทย์ พยาบาลในระดับดีเยี่ยม และให้คะแนนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนัก และการให้คำปรึกษาในหอผู้ป่วยในระดับดีเยี่ยมเช่นกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เจนเซน และคณะ (Jensen et al., 2017) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยให้คะแนนในระดับยอดเยี่ยมและดีมาก โดยหัวข้อที่ได้คะแนนมากที่สุด ได้แก่ ความห่วงใยผู้ป่วย บรรยากาศในหอผู้ป่วย โอกาสที่จะอยู่ข้างเตียง และความสะดวกในการรับข้อมูล หัวข้อที่มีโอกาสปรับปรุง ได้แก่ การจัดการความเพ้อของผู้ป่วย การสนับสนุนทางอารมณ์ของครอบครัว ความสม่ำเสมอของข้อมูล การรวบรวมข้อมูลและการสนับสนุนในระหว่างกระบวนการตัดสินใจ

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวและความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

การศึกษานี้พบว่า ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกันในระดับต่ำกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยและมีความเสี่ยงสูงในการเสียชีวิต ครอบครัวผู้ป่วยจะมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา โดยเฉพาะในช่วง 24-48 ชั่วโมง (Iglesias et al., 2022) พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 2-3 วันแรก มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยระดับสูง ครอบครัวจะมีความวิตกกังวลสูง และความวิตกกังวลยังเพิ่มขึ้นหากผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวลสูง และทำให้ครอบครัวต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาที่สูงตาม (Lissauer et al., 2011) หากผู้ป่วยมีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค หรือมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้น สามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตได้สูง ครอบครัวจะสามารถตัดสินใจได้ง่ายว่าจะยื้อชีวิต หรือยุติการรักษา (Skjaker et al., 2017)

เมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวรับรู้ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแล้ว จะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษามากขึ้น (Gualano et al., 2019) โดยสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มีความต้องการตัดสินใจในระดับที่สูง และต้องการความมั่นคงทางจิตใจ ความใกล้ชิด และข้อมูลที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และความร่วมมือที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การดูแลและการสนับสนุนที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย (Alsharari, 2019) และพบว่า ครอบครัวต้องการข้อมูลที่ทันท่วงที ชัดเจน และเข้าใจได้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แต่ไม่ต้องการความหวังที่ไม่เป็นจริง (Scott et al., 2019)



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม (ตารางที่ 1) ซึ่งคุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมนั้นเป็นการรับรู้ 1) โครงสร้าง ประกอบด้วย องค์การของหอผู้ป่วยหนัก 2) กระบวนการ ประกอบด้วย การสื่อสาร การดูแลครอบครัวผู้ป่วย การมีส่วนร่วม และ 3) ผลลัพธ์ ประกอบด้วย การตัดสินใจทั่วไป (Rensen et al., 2017) คุณภาพการดูแลในหอผู้ป่วยหนักเป็นการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลรวมไปถึงการให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษามากขึ้น (Latif et al., 2016)

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. โครงสร้าง ซึ่งเป็นกล่าวถึงองค์การของหอผู้ป่วยหนักพบว่า ครอบครัวรับทราบเบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วย รับทราบถึงบทบาทเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกครั้งที่มาติดต่อที่หอผู้ป่วย รับทราบถึงการจัดบันทึกทางการแพทย์ระหว่างที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก รับทราบเกี่ยวกับที่จอดรถและการเสียค่าบริการที่จอดรถ รับทราบสถานการณ์เกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอื่นหรือให้การดูแลในสถานการณ์อื่น ครอบครัวมีโอกาสได้อยู่กับผู้ป่วยแบบเป็นส่วนตัวทุกครั้งที่มาเยี่ยมผู้ป่วย และถูกรบกวนจากผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพียงอื่นเป็นครั้งคราว ช่วงเวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตอบสนองความต้องการได้ดี ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ซึ่งเป็นผู้หญิงหรือ คู่สมรสของผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงคุณภาพหรือการสนับสนุนจากทางหอผู้ป่วยหนักและครอบครัวส่วนใหญ่มีความพึงพอใจด้วยข้อจำกัดในการเยี่ยม พอใจกับจำนวนข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ให้ไว้ และในสถานการณ์ที่เกิดโรคระบาด การติดต่อระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและแพทย์ (Suh et al., 2023) ถือเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความหวังและความมั่นใจในการรักษาและกระบวนการฟื้นฟู

2. ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การสื่อสาร การดูแลครอบครัวผู้ป่วย การมีส่วนร่วม ในการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษาสูง โดยแพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญต่อครอบครัวในเรื่องการให้ข้อมูลที่ครอบครัวสามารถเข้าใจได้ มีเวลารับฟังครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลที่เหมาะสมที่สุด การสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องรวมถึงการสนับสนุนทางอารมณ์ การปฏิบัติตามนโยบายของหอผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการดูแลคุณภาพในระดับสูง (Jeitziner et al., 2023) นอกจากนี้ครอบครัวจะประสบความสำเร็จทางจิตใจอย่างมากจากการถูกแยกจากครอบครัวที่ป่วยหนัก ไม่ได้สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้โดยตรงและควรหาทางเลือกที่ดีกว่าในการสื่อสารแบบเผชิญหน้าเพื่อจำกัดผลกระทบของการแยกครอบครัว เช่น การสนทนาทางวิดีโอและเว็บไซต์แทนการเข้าเยี่ยมตามปกติถึงแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยและความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะไม่เปลี่ยนแปลงก็ตาม (Digby et al., 2023)

3. ด้านผลลัพธ์ ในการศึกษาครั้งนี้ ครอบครัวผู้ป่วยให้คะแนนในด้านการสื่อสารกับแพทย์ พยาบาลในระดับดีเยี่ยม และให้คะแนนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนักและการให้คำปรึกษาในหอผู้ป่วยในระดับดีเยี่ยมเช่นกัน กล่าวได้ว่า หากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวผู้ป่วยในทางที่ดี เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยจะมีความต้องการการตัดสินใจมากขึ้น โดยครอบครัวมักคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ต้องการและการสื่อสารอย่างจริงจังกับบุคลากรทางการแพทย์ และสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่พอใจกับการดูแลผู้ป่วย การดูแลครอบครัว ข้อมูล และการตัดสินใจในระดับปานกลางหรือมาก (Fotunatti, 2014)



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพ สามารถนำผลงานวิจัยดังกล่าวใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลด้วยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (high quality communication) ที่อาจส่งผลต่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา

References

- Alsharari, A. F. (2019). The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Prefer and Adherence*, 13, 465-473. <https://doi.org/10.2147/PPA.S197769>
- Azoulay, E., Chaize, M., & Kentish-Barnes, N. (2014). Involvement of ICU families in decisions: Fine-tuning the partnership. *Annals of Intensive Care*, 4, 37. <https://doi.org/10.1186/s13613-014-0037-5>
- Chang, L. F., Zeng, W. P., Hung, P. S., Wu, L. F., & Pan, H. H. (2015). Factors related to do-not-resuscitate directives among critically ill patients in a medical intensive care unit. *Journal of Medical Sciences*, 35(3), 100-104.
- Chatrkaw, P., Champunot, R., & Riyakul, W. (2012). Family meetings and end-of-life decision-making in Thai critically ill patients. *Critical Care*, 16(Suppl 1), 489. <https://doi.org/10.1186/cc11096> (in Thai)
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681-692.
- Digby, R., Manias, E., Haines, K. J., Orosz, J., Ihle, J., & Bucknall, T. K. (2023). Family experiences and perceptions of intensive care unit care and communication during the COVID-19 pandemic. *Australian Critical Care*, 36(3), 350-360. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.03.003>
- Dijkman, B. L., Luttik, M. L., Van der Wal-Huisman, H., Paans, W., & van Leeuwen, B. L. (2022). Factors influencing family involvement in treatment decision-making for older patients with cancer: A scoping review. *Journal of Geriatric Oncology*, 13(4), 391-397.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rolnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367.
- Fotunatti, C. F. P. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Investigacion Y Educacion Enfermeria*, 32(2), 303-316.



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment
of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา
ของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

- Grignoli, N., Di Bernardo, V., & Malacrida, R. (2018). New perspectives on substituted relational autonomy for shared decision-making in critical care. *Critical Care*, 22(1), 260. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2187-6>
- Gualano, M. R., Bert, F., Passi, S., Stillo, M., Brescia, V., Scaioli, G., Thomas, R., Voglino, G., Minniti, D., Boraso, F., & Siliquini, R. (2019). Could shared decision making affect staying in hospital? A cross-sectional pilot study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4002-8>
- Harvey, S. V., Adenwala, A. Y., & Lane-Fall, M. B. (2021). Defining familial interactions and networks: An exploratory qualitative study on family networks and surrogate decision-making. *Critical Care Explorations*, 3(8), e0504. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000504>
- Haupt, M. T., Bekes, C. E., Brilli, R. J., Carl, L. C., Gray, A. W., Jastremski, M. S., Naylor, D. F., Pharm, M. R., Md, A. S., Wedel, S. K., & Md, M. H. (2003). Guidelines on critical care services and personnel: Recommendations based on a system of categorization of three levels of care. *Critical Care Medicine*, 31(11), 2677-2683.
- Hopkins, R. O. (2018). Emotional processing/psychological morbidity in the ICU. In G. Netzer (Ed.), *Families in the intensive care unit: A guide to understanding, engaging, and supporting at the bedside* (pp. 31–48). Springer Nature.
- Iglesias, J., Martín, J., Alcañiz, M., Ezquiaga, E., & Vega, G. (2022). The psychological impact on relatives of critically ill patients: The influence of visiting hours. *Critical Care Explorations*, 4(2), e0625. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000625>
- Jeitziner, M. M., Jenni-Moser, B., Zante, B., Erne, K., Brauche, M., Moser, S. A., Schefold, J. C., Amrein, K., & Hoffmann, M. (2023). Family support in intensive care units during COVID-19 visit ban: A multinational Delphi study during first COVID-19 wave. *Intensive and Critical Care Nursing*, 74, 103308. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103308>
- Jensen, H. I., Gerritsen, R. T., Koopmans, M., Downey, L., Engelberg, R. A., Curtis, J. R., Spronk, P. E., Zijlstra, J. G., & Ording, H. (2017). Satisfaction with quality of ICU care for patients and families: The euroQ2 project. *Critical Care*, 21(1), 239. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1826-7>
- Kehl, K. L., Landrum, M. B., Arora, N. K., Ganz, P. A., Van Ryn, M., Mack, J. W., & Keating, N. L. (2015). Association of actual and preferred decision roles with patient-reported quality of care: Shared decision making in cancer care. *JAMA Oncology*, 1(1), 50-58. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2014.112>
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: A severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818-829.



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment
of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา
ของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

- Kon, A. A., Davidson, J. E., Morrison, W., Danis, M., & White, D. B. (2016). Shared Decision Making in ICUs: An American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society Policy Statement. *Critical Care Medicine*, 44(1), 188–201. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001396>
- Latif, A., Winters, B. D., Berenholtz, S., & Holzmueller, C. (2016). Improving the quality of care in the ICU. In *surgical intensive care medicine* (3rd ed., pp. 861-871). Springer International Publishing.
- Légaré, F., Adekpedjou, R., Stacey, D., Turcotte, S., Kryworuchko, J., Graham, I. D., Lyddiatt, A., Politi, M. C., Thomson, R., Elwyn, G., & Donner-Banzhoff, N. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD006732. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4>
- Lissauer, M. E., Naranjo, L. S., Kirchoffner, J., Scalea, T. M., & Johnson, S. B. (2011). Patient characteristics associated with end-of-life decision making in critically ill surgical patients. *Journal of the American College of Surgical*, 213(6), 766-770.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the world federation of societies of intensive and critical care medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270-276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07>
- Müller-Engelmann, M., Keller, H., Donner-Banzhoff, N., & Krones, T. (2011). Shared decision making in medicine: The influence of situational treatment factors. *Patient Education and Counseling*, 82(2), 240-246.
- Naef, R., von Felten, S., & Ernst, J. (2021). Factors influencing post-ICU psychological distress in family members of critically ill patients: A linear mixed-effects model. *BioPsychoSocial Medicine*, 15(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00206-1>
- Pavla, S., Jana, H., Jana, L., Juliana, T., Sona, Z., & Jan, C. (2017). The key factors influencing clients' decision-making in the market of selected planned healthcare in the Czech Republic. *Journal of Competitiveness*, 9(4), 94-113.
- Plyklum, J., Pinyokum, N., & Somrarnyart, M. (2020). Factors related to shared decision making needs regarding medical treatments of critically ill neurological patients' families. *Nursing Journal*, 47(3), 97–108. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Wolters kluwer health/Lippincott Williams & wilkins.



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment
of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา
ของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

- Rensen, A., van Mol, M. M., Menheere, I., Nijkamp, M. D., Verhoogt, E., Maris, B., Manders, W., Vloet, L., & Verharen, L. (2017). Quality of care in the intensive care unit from the perspective of patient's relatives: Development and psychometric evaluation of the consumer quality index 'R-ICU'. *BMC Health Services Research*, 17(1), Article 77. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1975-4>
- Sadaka, F., EthmaneAbouElMaali, C., Cytron, M. A., Fowler, K., Javaux, V. M., & O'Brien, J. (2017). Predicting mortality of patients with sepsis: A comparison of APACHE II and APACHE III scoring systems. *Journal of Clinical Medicine Research*, 9(11), 907-910. <https://doi.org/10.14740/jocmr3083w>
- Scott, P., Thomson, P., & Shepherd, A. (2019). Families of patients in ICU: A scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing Open*, 6(3), 698-712. <https://doi.org/10.1002/nop2.287>
- Singdong, P., & Jitpanya, C. (2011). Caring for relatives of critically ill patients: Relatives' perspectives. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 3(3), 17-32. (in Thai)
- Sixma, H. J., Kerssens, J. J., Campen, C. V., & Peters, L. (1989). Quality of care from the patients' perspective: From theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1(2), 82-95.
- Skjaker, S. A., Hoel, H., Dahl, V., & Stavem, K. (2017). Factors associated with life-sustaining treatment restriction in a general intensive care unit. *PLOS ONE*, 12(7), e0181312. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181312>
- Suh, J., Na, S., Jung, S., Kim, K. H., Choo, S., Choi, J. Y., & Kim, J. M., (2023). Family caregivers' responses to a visitation restriction policy at a Korean surgical intensive care unit before and during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Heart & Lung*, 57, 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.08.015>
- Thompson-Leduc, P., Turcotte, S., Labrecque, M., & Légaré, F. (2016). Prevalence of clinically significant decisional conflict: An analysis of five studies on decision-making in primary care. *BMJ Open*, 6(6), e011490. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011490>
- Trees, A. R., Ohs, J. E., & Murray, M. C. (2017). Family communication about end-of-life decisions and the enactment of the decision-maker role. *Behavioral Sciences*, 7(2), 36. <https://doi.org/10.3390/bs7020036>
- Van mol, M. M. C., Bakker, E. C., Nijkamp, M. D., Kompanje, E. J. O., Bakker, J., & Verharen, L. (2014). Relatives' perspectives on the quality of care in an intensive care unit: The theoretical concept of a new tool. *Patient Education and Counseling*, 95(3), 406-413.
- Waddell, A., Lennox, A., Spassova, G., & Bragge, P., (2021). Barriers and facilitators to shared decision-making in hospitals from policy to practice: A systematic review. *Implementation Science*, 16(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01142-y>



Factors Related to Shared Decision-Making Needs Regarding Treatment
of Patients' Families in a Medical Intensive Care Unit
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา
ของครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม

White, D. B., Braddock, C. H. 3rd., Bereknyei, S., & Curtis, J. R. (2007). Toward shared decision making at the end of life in intensive care units: Opportunities for improvement. *Archives of Internal Medicine*, 167(5), 461-467.



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds*

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่*

ฉัญญาลักษณ์	อภิชัย**	Tanyaluk	Apichai**
สุภารัตน์	วังศรีคุณ***	Suparat	Wangsrikhun***
นัทธมน	วูทธานนท์****	Nuttamon	Vuttanon****

Abstract

Wound cleansing is an essential procedure for decreasing the likelihood of wound infection. This quasi-experimental research aimed to examine the effects of wound irrigation using a pressure-controlled technique on wound infection and satisfaction towards wound cleansing among persons with large laceration wounds. The participants included 58 persons with lacerated wound lengths of more than 5 cm receiving care at an emergency room. There were 29 participants in the control group and the experimental group. The participants in both groups were matched by wound cause, wound size, wound location, age, history of diabetes mellitus, history of cancer, smoking, and receiving antibiotics. The research instrument was the pressure-controlled wound irrigation equipment. The data collection instruments were the Lacerated Wound Infection Evaluation Form and the Satisfaction Towards Wound Cleansing Evaluation Form, the latter of which was evaluated for validity by five experts yielding an index of item-objective congruence between .80-1. It was also checked for its test-retest reliability, yielding a Pearson's correlation coefficient of .82. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's Exact Probability test, and Mann-Whitney U test.

The results revealed that the wound infections among the experimental group were statistically significantly lower than those of the control group ($p < .05$). None of the participants in the experimental group had wound infection, while six participants in the control group (20.69%) had wound infection. The satisfaction towards wound cleansing among the experimental group ($M = 4.97$, $SD = 0.19$) was statistically significantly higher than that of the control group ($M = 4.72$, $SD = 0.53$) ($p < .05$).

The results of this study reveal that wound irrigation using a pressure-controlled technique can reduce wound infection and increase satisfaction towards wound cleansing among persons with large laceration wounds.

Keywords: Laceration wound; Wound cleansing; Wound irrigation; Wound Infection; Satisfaction

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: Wangsrikhuns@gmail.com

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 21 August 2023; Revised 17 October 2023; Accepted 1 November 2023



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่

บทคัดย่อ

การทำความสะอาดแผลฉีกขาด เป็นขั้นตอนที่จำเป็นในการลดโอกาสติดเชื้อของแผล การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผล และความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้มีแผลฉีกขาดความยาวมากกว่า 5 เซนติเมตร ที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 29 คน โดยการจับคู่ สาเหตุการเกิดแผล ขนาดของแผล ตำแหน่งของแผล อายุ ประวัติโรคเบาหวาน ประวัติโรคมะเร็ง การสูบบุหรี่ และการได้รับยาปฏิชีวนะ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ อุปกรณ์การสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการติดเชื้อของแผลฉีกขาด และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ .80-1 และตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Fisher's Exact Probability test และสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองพบการติดเชื้อของแผลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยกลุ่มทดลองไม่พบการติดเชื้อของแผล ขณะที่กลุ่มควบคุมพบการติดเชื้อของแผล 6 คน (ร้อยละ 20.69) ความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลของกลุ่มทดลอง ($M = 4.97, SD = 0.19$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 4.72, SD = 0.53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การทำความสะอาดแผลด้วยวิธีการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดัน สามารถลดการติดเชื้อของแผลและเพิ่มความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่ได้

คำสำคัญ: แผลฉีกขาด การทำความสะอาดแผล การสวนล้างแผล แผลติดเชื้อ ความพึงพอใจ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: Wangsrikhuns@gmail.com

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 23 สิงหาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 17 ตุลาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 1 พฤศจิกายน 2566



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้ที่มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผลฉีกขาด (laceration wound) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พบบ่อยของการเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉิน จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลฉีกขาดมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินถึง 26.1 ล้านคน เฉลี่ยปีละประมาณ 6.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.8 ของผู้เข้ารับบริการทั้งหมดในแผนกฉุกเฉิน (Otterness & Singer, 2019) ในประเทศอังกฤษมีผู้ป่วยที่มีแผลฉีกขาดเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินปีละประมาณ 1 ล้านคน (National Health Service, 2019) สำหรับในประเทศไทยไม่พบรายงานสถิติผู้ที่มีแผลฉีกขาดที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินในภาพรวมของประเทศ จากสถิติของโรงพยาบาลพะเยา พบผู้ที่มีแผลฉีกขาดเข้ารับบริการและได้รับการเย็บแผลในปี พ.ศ. 2563-2565 ประมาณ 2,200-2,500 รายต่อปี (Phayao Hospital, 2022)

แผลฉีกขาด เป็นแผลที่มักปนเปื้อนด้วยสิ่งสกปรก ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้สูง (Mankowitz, 2017) โดยอัตราการติดเชื้อของแผลฉีกขาดประมาณร้อยละ 3.2-3.5 (Hollander et al., 2001; Phayao hospital, 2022) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อของแผลมีทั้งปัจจัยของผู้ที่มีแผลฉีกขาด เช่น การสูบบุหรี่ โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ การได้รับรังสีรักษา การได้รับเคมีบำบัด เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแผล เช่น การปนเปื้อนของแผล ตำแหน่งของแผลบริเวณปุ่มกระดูกหรือใกล้กระดูก เป็นต้น และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สิ่งแวดล้อมที่สกปรก เป็นต้น (International Wound Infection Institute, 2022) ข้อมูลจากการศึกษาในผู้ที่มีแผลฉีกขาดที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉิน พบว่า โรคเบาหวาน ตำแหน่งแผลฉีกขาดบริเวณขา การปนเปื้อนของแผลฉีกขาด และความยาวของแผลฉีกขาดที่มากกว่า 5 เซนติเมตร (Quinn et al., 2014)

การทำความสะอาดแผล (wound cleansing) เป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการจัดการแผลฉีกขาดที่แผนกฉุกเฉินที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลฉีกขาด และส่งเสริมกระบวนการหายของแผล (Wolcott & Fletcher, 2014) โดยการทำความสะอาดแผลจะช่วยขจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากแผล และลดจำนวนแบคทีเรียบริเวณแผลฉีกขาด (Otterness & Singer, 2019) ก่อนการเย็บปิดแผล

การทำความสะอาดแผลที่ดี ต้องสามารถขจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากแผลโดยไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น (Lewis & Pay, 2023) การทำความสะอาดแผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวต้องคำนึงถึงชนิดของสารละลาย ปริมาณสารละลาย และวิธีการที่ใช้ในการทำความสะอาดแผล ชนิดของสารละลายที่เหมาะสมกับการทำความสะอาดแผลซึ่งมีการปนเปื้อน ได้แก่ น้ำเกลือล้างแผล (Wynne, 2018) เนื่องจากมีความเข้มข้นเท่ากับ ความเข้มข้นของสารละลายในเซลล์ร่างกาย จึงไม่เป็นอันตรายต่อเซลล์เนื้อเยื่อของร่างกาย และไม่รบกวนการหายของแผล (White & Asimus, 2014) ปริมาณของสารละลายที่ใช้ในการสวนล้างแผลควรมีปริมาณ 100 มิลลิลิตรต่อความยาวแผล 1 เซนติเมตร (Akiki & Mehrzad, 2020) และการสวนล้างแผล (wound irrigation) เป็นวิธีการทำความสะอาดแผลในแผนกฉุกเฉินที่ได้รับการแนะนำโดยสถาบันการแพทย์และการดูแลฉุกเฉิน (Academy of Emergency Medicine and Care) และสมาคมการผ่าตัดฉุกเฉินโลก (the World Society of Emergency Surgery) (Prevaldi et al., 2016) เนื่องจากการสวนล้างแผลช่วยลดจำนวนแบคทีเรียและกำจัดสิ่งแปลกปลอมบริเวณแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Otterness & Singer, 2019)

แรงดันที่ใช้ในการสวนล้างแผลที่มีประสิทธิภาพในการขจัดสิ่งแปลกปลอม และไม่ก่อให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อ ควรอยู่ระหว่าง 5-8 ปอนด์ ต่อตารางนิ้ว (Stevens et al., 2009) เทคนิคการสวนล้างแผลมีหลายวิธี เช่น การใช้กระบอกฉีดยาต่อกับเข็มฉีดยา การใช้ถุงน้ำเกลือเจาะด้วยเข็มฉีดยา และการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดัน เป็นต้น แม้ว่าการใช้กระบอกฉีดยาต่อกับเข็มฉีดยา เช่น การใช้กระบอกฉีดยาขนาด 30-60 มิลลิลิตร ต่อกับเข็มเบอร์ 18 จะทำให้เกิดแรงดันในการสวนล้างแผลที่เหมาะสม (Forsch, 2008) แต่ในทางปฏิบัติวิธีนี้อาจทำให้เกิดการปนเปื้อนขณะประกอบอุปกรณ์และในขณะที่ทำการสวนล้างแผลได้ง่าย อีกทั้งอาจทำให้



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้ที่มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่

ผู้ปฏิบัติเกิดความเมื่อยล้า (Chisholm et al., 1992) นอกจากนี้กระบอกฉีดยาบรรจุน้ำเกลือล้างแผลได้ในปริมาณน้อย จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการทำทำความสะอาดแผลฉีกขาดที่มีขนาดใหญ่ในบริบทของแผนกฉุกเฉินที่ต้องอาศัยความรวดเร็ว ส่วนวิธีการใช้ถุงน้ำเกลือเจาะด้วยเข็มฉีดยา โดยใช้เข็มเบอร์ 19 เจาะถุงน้ำเกลือ หลังจากนั้นใช้มือบีบน้ำเกลือออกมาเพื่อสวนล้างแผล จะทำให้เกิดแรงดันในการสวนล้างแผล 4 ปอนด์ ต่อตารางนิ้ว (Singer et al., 1994) วิธีดังกล่าวใช้แรงจากมือบีบถุงน้ำเกลือจึงไม่สามารถควบคุมแรงดันให้คงที่ได้และแรงดันที่ได้เป็นแรงดันที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการสวนล้างแผล

การสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันที่พัฒนาโดย วิภาณี บุสซา และคณะ (Bussa et al., 2017) มีการต่อสายให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำที่ตัดบริเวณกลางกระเปาะกับน้ำเกลือที่บรรจุในถุงขนาด 1,000 มิลลิลิตร และสวมกับถุงบีบสารละลายจะให้แรงดันของน้ำเกลือที่กระทบกับเนื้อเยื่อแผล 5-6 ปอนด์ ต่อตารางนิ้ว รวมทั้งสามารถสวนล้างแผลโดยใช้ปริมาณสารละลายจำนวนมากในระยะเวลารวดเร็ว น่าจะเป็นเทคนิคที่เหมาะสมกับการทำความสะอาดแผลฉีกขาด ผลจากการวิจัยที่ผ่านมา (Bussa et al., 2017) พบว่า ผู้ที่มีแผลฉีกขาดที่ได้รับการทำความสะอาดแผลโดยใช้เทคนิคดังกล่าวเกิดความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลมากกว่าผู้ที่ได้รับการทำความสะอาดแผลตามปกติ แต่ยังไม่สามารถพิสูจน์การลดการติดเชื้อของแผลฉีกขาดได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยดังกล่าวส่วนใหญ่มีแผลฉีกขาดขนาดเล็กที่อาจมีการปนเปื้อนและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลน้อยกว่าแผลขนาดใหญ่ นอกจากนี้การประเมินความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในการศึกษาที่ผ่านมา มีการประเมินเฉพาะความพึงพอใจในภาพรวมเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถสะท้อนมิติของความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างได้ชัดเจน รวมทั้งความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้ที่มีแผลฉีกขาดขนาดเล็กอาจไม่สามารถนำมาเป็นตัวแทนความพึงพอใจของผู้ที่มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่ซึ่งจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการทำความสะอาดแผลนานขึ้น

แม้ว่าการสวนล้างแผลเป็นวิธีการทำความสะอาดแผลในแผนกฉุกเฉิน ที่ได้รับการแนะนำโดยสถาบันการแพทย์และการดูแลฉุกเฉินและสมาคมการผ่าตัดฉุกเฉินโลก (Prevaldi et al., 2016) แต่ปัจจุบันพบว่า แผนกฉุกเฉินหลายแห่งยังคงทำความสะอาดแผลฉีกขาดด้วยวิธีการฟอกแผล อาจเนื่องจากข้อจำกัดของเทคนิคการสวนล้างแผลที่มีอยู่ เช่น โอกาสการปนเปื้อนขณะประกอบอุปกรณ์และในขณะที่ทำการสวนล้างแผล ความเมื่อยล้าของผู้ปฏิบัติในการสวนล้างแผลโดยใช้กระบอกฉีดยาต่อกับเข็ม (Chisholm et al., 1992) เป็นต้น หากมีวิธีการสวนล้างแผลที่ช่วยลดข้อจำกัดของเทคนิคการสวนล้างแผลและพิสูจน์ได้ว่าวิธีการดังกล่าวมีประสิทธิภาพที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการลดการติดเชื้อของแผล จะช่วยส่งเสริมการนำการสวนล้างแผลมาใช้ในการทำความสะอาดแผลฉีกขาดในแผนกฉุกเฉินต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจทำการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของการทำความสะอาดแผลฉีกขาดโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้ที่มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลมากกว่าผู้ที่มีแผลฉีกขาดขนาดเล็ก (Quinn et al., 2014)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการติดเชื้อของแผลในผู้ที่มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำความสะอาดแผลด้วยวิธีการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดัน และกลุ่มที่ได้รับการทำความสะอาดแผลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้ที่มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำความสะอาดแผลด้วยวิธีการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดัน และกลุ่มที่ได้รับการทำความสะอาดแผลตามปกติ



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่

สมมุติฐานการวิจัย

1. การติดเชื้อของแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่กลุ่มที่ได้รับการทำความสะอาดแผลด้วยวิธีการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการทำความสะอาดแผลตามปกติ
2. ความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลขนาดใหญ่ในกลุ่มที่ได้รับการทำความสะอาดแผลด้วยวิธีการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการทำความสะอาดแผลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การสวนล้างแผล เป็นเทคนิคในการทำความสะอาดแผลที่ช่วยลดจำนวนแบคทีเรียและกำจัดสิ่งแปลกปลอมบริเวณแผล (Otterness & Singer, 2019) ซึ่งต้องควบคุมแรงดันให้อยู่ระหว่าง 5-8 ปอนด์ต่อตารางนิ้วเพื่อประสิทธิผลในการขจัดสิ่งแปลกปลอม และไม่ก่อให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อ (Stevens et al., 2009) การสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันด้วยการต่อสายให้น้ำเกลือที่ตัดกลางกระเปาะกับถุงน้ำเกลือที่บรรจุไว้ในถุงบีบสารละลายที่มีความดัน 300 มิลลิเมตรปรอทเพื่อให้น้ำเกลือพุ่งออกจากถุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดแรงดันของน้ำเกลือที่กระทบต่อเนื้อเยื่อแผล 5-6 ปอนด์ ต่อตารางนิ้ว (Bussa et al., 2017) ช่วยขจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากแผลฉีกขาด ทำให้ลดโอกาสในการติดเชื้อของแผล นอกจากนี้ เทคนิคดังกล่าวทำให้สามารถใช้สารละลายปริมาณมาก ล้างแผลในระยะเวลารวดเร็ว ส่งผลให้ผู้มีแผลฉีกขาดเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยของแผล และเกิดความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดหลังการทดลอง (two group posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่ที่เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีความจำเป็นต้องเย็บแผล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีแผลฉีกขาดที่มีความยาวของแผลมากกว่า 5 เซนติเมตร ที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพะเยา และมีความจำเป็นต้องเย็บแผล

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Cohen, 1988) ใช้ขนาดอิทธิพลการทดสอบ (effect size) ระดับปานกลางที่ 0.50 กำหนดระดับอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) เท่ากับ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและการถอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 29 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย มีดังนี้ 1) อายุ 18-60 ปี 2) มีแผลฉีกขาดที่มีความยาวมากกว่า 5 เซนติเมตร และจำเป็นต้องเย็บแผล 3) ได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ผู้ให้การรักษาว่าสามารถสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันได้ (เฉพาะกลุ่มทดลอง) 4) รู้สึกตัวดี สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 5) สามารถเดินทางมาทำแผลที่ห้องทำแผล โรงพยาบาลพะเยา 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาจับคู่ (match pair) เพื่อให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดแผล ขนาดของแผลโดยความยาวของแผลเท่ากันหรือแตกต่างกันไม่เกิน 1 เซนติเมตร อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี ตำแหน่งของร่างกายที่เกิดแผล ประวัติการเป็นโรคเบาหวานและโรคมะเร็ง การสูบบุหรี่ และการได้รับยาปฏิชีวนะในวันแรกที่ได้รับการจัดการแผล



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 อุปกรณ์การสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันที่พัฒนาขึ้นโดย วิภาณี บุสซา และคณะ (Bussa et al., 2017) ประกอบด้วย น้ำเกลือที่บรรจุในถุงขนาด 1,000 มิลลิลิตร สายให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำที่ตัดบริเวณกลางกระเปาะ และถุงบีบสารละลายที่มีลูกบีบพร้อมวาล์ว ซึ่งต่อกับมาโนมิเตอร์ โดยต่อสายให้น้ำเกลือที่ตัดกลางกระเปาะกับถุงน้ำเกลือที่บรรจุไว้ในถุงบีบสารละลาย หลังจากนั้นบีบความดันภายในถุงบีบสารละลายไปที่ 300 มิลลิเมตรปรอท เพื่อให้ น้ำเกลือพุ่งออกจากถุงอย่างต่อเนื่อง

1.2 ผู้วิจัย ได้ฝึกการใช้อุปกรณ์การสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันกับผู้พัฒนาอุปกรณ์จนเกิดความชำนาญ และได้ผ่านความเห็นชอบจากผู้พัฒนาอุปกรณ์แล้วว่าผู้วิจัยสามารถใช้อุปกรณ์ดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนทุกขั้นตอน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้มีแผลฉีกขาด

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 คะแนน 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด คะแนน 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

2.3 แบบประเมินการติดเชื้อของแผลฉีกขาด ซึ่งสร้างขึ้นโดย วิภาณี บุสซา และคณะ (Bussa et al., 2017) โดยประเมินว่าแผลมีการติดเชื้อเมื่อมีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ 1) มีหนองออกมาจากแผล 2) แยกเชื้อได้จากการเพาะเชื้อจากเนื้อเยื่อหรือสารคัดหลั่งจากแผล 3) แพทย์ต้องเปิดแผลก่อนกำหนดเนื่องจากผลเพาะเชื้อเป็นบวก และมีอาการ อาการแสดงอย่างน้อยหนึ่งอย่าง คือ ปวดบริเวณแผลหรือกดแล้วรู้สึกเจ็บ บริเวณแผลบวม บริเวณแผลแดง และรู้สึกร้อนเมื่อสัมผัส 4) แพทย์วินิจฉัยว่าแผลติดเชื้อ (Center for Disease Control and Prevention, 2013)

2.4 สมุดบันทึกการติดเชื้อของแผล ที่พัฒนาขึ้นโดย วิภาณี บุสซา และคณะ (Bussa et al., 2017)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

อุปกรณ์การสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดัน ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญทางวิศวกรรมเครื่องกลแล้วพบว่า แรงดันของน้ำเกลือที่พุ่งออกมากระทบแผลเท่ากับ 5-6 ปอนด์ ต่อตารางนิ้ว (Bussa et al., 2017) ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้ตรวจสอบซ้ำ และถุงบีบสารละลาย ยี่ห้อ PAHSCO รุ่น PACO-FUSOR ได้รับการสอบเทียบเครื่องมือวัด (calibration) ปีละ 1 ครั้ง โดยศูนย์เครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลพะเยา

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน 2 ท่าน นำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.8-1 และนำไปหาความเชื่อมั่นกับผู้ที่มีแผลฉีกขาดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยประเมินหลังจากเสร็จสิ้นการจัดการแผลและประเมินซ้ำก่อนกลับบ้าน ได้ค่า Pearson's Product Moment Correlation เท่ากับ .82



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่

แบบประเมินการติดเชื้อของแผลฉีกขาด ผู้วิจัยนำไปทดสอบค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (interrater reliability) กับพยาบาลผู้ทำแผล ในผู้ที่มีแผลฉีกขาดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ความสอดคล้อง เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโครงการ IRB No. 072/2565 และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา หมายเลขโครงการ COA No. 175 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ และผู้วิจัยได้ให้บุคคลที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการแผลเป็นผู้ขอคำยินยอมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจ โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมด้วยวาจาจากก่อนภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการจัดการแผล ผู้วิจัยได้ให้บุคคลที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นผู้นำเอกสารมาขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรอีกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มควบคุมตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ 29 ราย เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมครบแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองจำนวน 29 ราย โดยใช้วิธีการจับคู่ มีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจัดการแผลทุกชั้นตอนตั้งแต่การซักประวัติ การประเมินแผล การเตรียมแผล และการปิดแผลเหมือนกัน ยกเว้นการทำทำความสะอาดแผล โดยกลุ่มควบคุมได้รับการทำความสะอาดแผลตามปกติของโรงพยาบาลซึ่งใช้วิธีการฟอกแผลด้วยผ้าก๊อชชุบ 7.5% โพรวิโดน ไอโอดีน ที่ผสมกับน้ำเกลือล้างแผล และล้างด้วยน้ำเกลือล้างแผลจนสะอาด สำหรับกลุ่มทดลองได้รับการทำความสะอาดแผลด้วยวิธีการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดัน ใช้ปริมาณของน้ำเกลือล้างแผล 100 มิลลิลิตรต่อความยาวของแผล 1 เซนติเมตร โดยผู้วิจัยที่ผ่านการฝึกการใช้อุปกรณ์การสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันกับผู้พัฒนาอุปกรณ์

2. หลังจากเสร็จสิ้นการจัดการบาดแผล ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และมอบสมุดบันทึกการติดเชื้อของแผลให้แก่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของสมุดบันทึก และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างนำสมุดบันทึกการติดเชื้อของแผลมาทุกครั้งเมื่อกลับมาทำแผลที่โรงพยาบาล ให้พยาบาลที่ทำแผลบันทึกข้อมูลการติดเชื้อลงในสมุดบันทึกทุกครั้ง

3. ผู้วิจัยแจกแบบประเมินความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลให้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ฉบับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความพึงพอใจเสร็จให้เย็บปิด แล้วนำมาใส่ซองกล่องที่วางไว้บริเวณด้านหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการนัดหมายให้มาทำแผลที่โรงพยาบาลทุกวัน วันละ 1 ครั้ง จนถึงวันนัดตัดไหม โดยนำสมุดบันทึกการติดเชื้อให้พยาบาลผู้ทำแผลทำการบันทึกการติดเชื้อ หลังจากตัดไหมแล้ว ผู้วิจัยสอนผู้มีแผลฉีกขาดประเมินการติดเชื้อของแผลและบันทึกลงในสมุดบันทึกการติดเชื้อ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามการติดเชื้อของแผลหลังตัดไหม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 30 วัน รวมทั้งหมด 3 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบการติดเชื้อของแผลโดยใช้สถิติ Fisher's Exact Probability test และวิเคราะห์การแจกแจงคะแนนความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลพบการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลโดยใช้สถิติ



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้ที่มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่

Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 29 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการเป็นโรคที่มีผลต่อการติดเชื้อของแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 58)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 29)	กลุ่มทดลอง (n = 29)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)	M = 36.31, SD = 13.57 range = 18-59	M = 35.97, SD = 14.20 range = 18-59	.925 ^a
เพศ			
ชาย	22 (75.86)	23 (79.31)	.753 ^b
หญิง	7 (24.14)	6 (20.69)	
อาชีพ			
เกษตรกร	6 (20.69)	5 (17.24)	.942 ^b
อาชีพอื่นที่ไม่ใช่เกษตรกร	17 (58.62)	18 (62.07)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6 (20.69)	6 (20.69)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	7 (24.14)	6 (20.69)	.934 ^b
มัธยมศึกษา	14 (48.28)	14 (48.28)	
ปริญญาตรี	8 (27.59)	9 (31.03)	
ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน			
สูบ	3 (10.34)	3 (10.34)	
ไม่สูบ	26 (89.66)	26 (89.66)	
ประวัติการเป็นโรคที่มีผลต่อการติดเชื้อของแผล			
โรคเบาหวาน	1 (3.45)	1 (3.45)	

หมายเหตุ. ^a Independent t-test, ^b Chi-square

ข้อมูลเกี่ยวกับแผลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องสาเหตุการเกิดแผล การจัดการแผลก่อนถึงโรงพยาบาล ตำแหน่งของแผล ความยาวและความลึกของแผล ระดับการปนเปื้อน และระยะเวลาจากการบาดเจ็บถึงระยะเวลาที่ได้รับการจัดการแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับยาปฏิชีวนะ เป็นเวลา 2 วัน



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับแผลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 58)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 29)	กลุ่มทดลอง (n = 29)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
สาเหตุการเกิดแผล			
กระแทก	21 (72.41)	21 (72.41)	
ถูกของมีคมบาด	6 (20.69)	6 (20.69)	
ถูกฟัน	2 (6.90)	2 (6.90)	
การจัดการแผลก่อนถึง รพ.			
ปิด gauze/สำลี	21 (72.41)	12 (41.38)	.269 ^b
ไม่มี	8 (27.59)	17 (58.62)	
ตำแหน่งของแผล			
ศีรษะ	11 (37.93)	11 (37.93)	
มือ/นิ้วมือ	7 (24.14)	7 (24.14)	
เท้า	4 (13.79)	4 (13.79)	
ใบหน้า	3 (10.34)	3 (10.34)	
คาง	3 (10.34)	3 (10.34)	
น่อง	1 (3.45)	1 (3.45)	
ความยาวของแผล (ซม.)	M = 5.99, SD = 1.05 range = 5.2-10.00	M = 5.83, SD = 1.23 range = 5.1-10.00	.689 ^a
5.1-6	26 (89.66)	25 (86.21)	
> 6	3 (10.34)	4 (13.79)	
ความลึกของแผล (ซม.)	M = 0.64, SD = 0.23 range = 0.50-1.00	M = 0.64, SD = 0.23 range = 0.50-1.00	
0.5	21 (72.41)	21 (72.41)	
1	8 (27.59)	8 (27.59)	
ระดับการปนเปื้อน			
สิ่งแปลกปลอมติดอยู่ในแผล	6 (20.69)	4 (13.79)	.487 ^b
ไม่มีสิ่งแปลกปลอมติดอยู่ในแผล	23 (79.31)	25 (86.21)	
ระยะเวลาจากการบาดเจ็บถึงระยะเวลา ที่ได้รับการจัดการแผล (นาที)	M = 93.03, SD = 94.10 range = 30-420	M = 112.69, SD = 149.43 range = 30-840	.191 ^a

หมายเหตุ. ^aIndependent t-test, ^bChi-square

การติดเชื้อของแผลในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .023) โดยกลุ่มควบคุมพบการติดเชื้อของแผลจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.69 ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่พบการติดเชื้อของแผล ดังตารางที่ 3



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่

ตารางที่ 3 การติดเชื้อของแผลฉีกขาดของกลุ่มควบคุมและทดลอง (N = 58)

กลุ่มตัวอย่าง (n = 29)	จำนวนแผลติดเชื้อ (ร้อยละ)	จำนวนแผลไม่ติดเชื้อ (ร้อยละ)	p-value
กลุ่มควบคุม	6 (20.69)	23 (79.31)	.023
กลุ่มทดลอง	0 (0)	29 (100.00)	

หมายเหตุ. Fisher's Exact Probability test *p < .05

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำความสะอาดแผลด้วยวิธีการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันและกลุ่มที่ได้รับการทำความสะอาดแผลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจต่อระยะเวลาที่ใช้ในการทำความสะอาดแผล ($Z = -2.604, p < .01$) ต่อความสะอาดแผลภายหลังได้รับการทำความสะอาดแผล ($Z = -2.699, p < .01$) และต่อการทำความสะอาดแผลในภาพรวม ($Z = -2.275, p < .05$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลของกลุ่มควบคุมและทดลอง (N = 58)

ความพึงพอใจ	กลุ่มควบคุม (n = 29)			กลุ่มทดลอง (n = 29)		
	Range	M (SD)	Median	Range	M (SD)	Median
ความพึงพอใจต่อระยะเวลาที่ใช้ในการทำ	3-5	4.52	5.00	4-5	4.86	5.00
ความสะอาดแผล**		(0.57)			(0.35)	
ความพึงพอใจต่อความสะอาดแผล**	3-5	4.55	5.00	4-5	4.90	5.00
ภายหลังได้รับการทำความสะอาดแผล		(0.57)			(0.31)	
ความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลใน	3-5	4.72	5.00	4-5	4.97	5.00
ภาพรวม*		(0.53)			(0.19)	

หมายเหตุ. Mann-Whitney U test *p < .05, **p < .01

การอภิปรายผล

ผู้มีแผลฉีกขาดกลุ่มที่ได้รับการทำความสะอาดแผลด้วยวิธีการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดัน มีการติดเชื้อของแผลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการทำความสะอาดแผลตามปกติ (ตารางที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ความแตกต่างของการติดเชื้อของแผลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่พบในการศึกษานี้ ไม่น่าจะเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเกี่ยวกับแผล เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเกี่ยวกับแผลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการติดเชื้อของแผลในกลุ่มทดลองซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในการศึกษานี้ น่าจะเป็นผลมาจากเทคนิคการทำความสะอาดแผลที่แตกต่างกัน

กลุ่มทดลองได้รับการทำความสะอาดแผลด้วยการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดัน การสวนล้างแผลช่วยขจัดสิ่งแปลกปลอมและลดปริมาณแบคทีเรียบริเวณแผล (Otterness & Singer, 2019) อุปกรณ์สวนล้างแผลที่ใช้ในการศึกษานี้ช่วยควบคุมแรงดันของน้ำเกลือที่ใช้ในการล้างแผลให้อยู่ประมาณ 5-6 ปอนด์ ต่อตารางนิ้ว (Bussa et al., 2017) ซึ่งเป็นแรงดันที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับการกำจัดสิ่งแปลกปลอม และไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการทำความสะอาดแผลโดยวิธีการฟอกแผล



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่

อาจไม่สามารถทำความสะอาดได้ลึกถึงก้นแผล ทำให้ขจัดแบคทีเรียและสิ่งปนเปื้อนได้บางส่วนเท่านั้น นอกจากนี้ แรงเสียดสีที่เกิดจากการฟอกอาจทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายเพิ่มขึ้นอีกด้วย (Hollander & Singer, 1999)

เมื่อเทียบผลการศึกษาคั้งนี้กับผลการศึกษาของ วิภาณี บุศษา และคณะ (Bussa et al., 2017) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการสวนล้างแผลฉีกขาดโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันกับการทำความสะอาดแผลตามปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาคั้งนี้ ผลการศึกษาคั้งนี้พบความแตกต่างของการติดเชื้อของแผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การศึกษาก่อนหน้า ไม่พบความแตกต่างของการติดเชื้อของแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแตกต่างของผลการศึกษาน่าจะมีผลจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในเรื่องขนาดของแผลฉีกขาด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ที่มีแผลฉีกขาดที่มีความยาวมากกว่า 5 เซนติเมตร ขึ้นไป โดยความยาวของแผลตั้งแต่ 5.10-10.00 เซนติเมตร (ตารางที่ 2) ซึ่งเป็นแผลฉีกขาดขนาดใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าแผลฉีกขาดขนาดเล็ก (Quinn et al., 2014) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของ วิภาณี บุศษา และคณะ (Bussa et al., 2017) เป็นผู้ที่มีแผลฉีกขาดที่มีความยาวน้อยกว่า 5 เซนติเมตรถึงร้อยละ 81.82

ในประเด็นความพึงพอใจพบว่า ผู้มีแผลฉีกขาดในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลทั้งในเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในการทำความสะอาดแผล ความสะอาดแผล และภาพรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า (Bussa et al., 2017) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการทำความสะอาดแผลด้วยวิธีการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดัน มีความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ความแตกต่างของความพึงพอใจต่อระยะเวลาที่ใช้ในการทำความสะอาดแผลน่าจะเกิดจากความแตกต่างของระยะเวลาในการทำความสะอาดแผล

จากการรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย พบว่า กลุ่มทดลองใช้ระยะเวลาในการทำความสะอาดแผลประมาณ 1-2 นาที เทียบกับการกลุ่มควบคุมที่ใช้ระยะเวลาทำความสะอาดแผลประมาณ 5-10 นาที ทั้งนี้เนื่องจากอุปกรณ์ที่ใช้การสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดัน สามารถจำกัดสิ่งแปลกปลอมออกจากแผลได้หมด ทำให้ภายหลังการสวนล้างแผล ผู้วิจัยสามารถจัดการแผลในขั้นตอนถัดไปได้ทันทีโดยไม่ต้องเสียเวลาในการนำสิ่งแปลกปลอมออกจากแผลอีกครั้ง ระยะเวลาในการทำความสะอาดแผลจึงลดลง เวลาในการรับบริการที่ลดลงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Mitsungnern et al., 2016)

ความพึงพอใจต่อความสะอาดของแผลภายหลังได้รับการทำความสะอาดแผลของกลุ่มทดลองที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) น่าจะเกิดจากปริมาณสารละลายที่ใช้ในการสวนล้างแผล 100 มิลลิลิตรต่อความยาวแผล 1 เซนติเมตร ดังนั้นปริมาณน้ำเกลือล้างแผลที่ใช้ในการสวนล้างแผลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย จะมีปริมาณไม่น้อยกว่า 500 มิลลิลิตร ซึ่งเป็นปริมาณที่ค่อนข้างมาก จึงอาจส่งผลทำให้ผู้มีแผลฉีกขาดเกิดความมั่นใจในความสะอาดของแผลหลังได้รับการสวนล้าง รวมทั้งจากการรวบรวมข้อมูลระหว่างการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 รายในกลุ่มทดลองที่มีสิ่งแปลกปลอมติดอยู่ในแผล (ตารางที่ 2) ภายหลังจากการสวนล้างแผลไม่พบสิ่งแปลกปลอมตกค้างอยู่ภายในแผล ทำให้ผู้มีแผลฉีกขาดเกิดความมั่นใจต่อความสะอาดของแผลภายหลังได้รับการทำความสะอาดแผล ในขณะที่กลุ่มตัวอย่าง 6 รายในกลุ่มควบคุมที่มีสิ่งแปลกปลอมติดอยู่ในแผล (ตารางที่ 2) ภายหลังจากการทำความสะอาดแผลตามปกติยังพบว่า มีสิ่งแปลกปลอมที่ตามองเห็นได้ตกค้างอยู่ในแผลจำนวน 4 ราย ทำให้ต้องใช้ไม้พันสำลีในการจำกัดสิ่งแปลกปลอมออกจากแผลอีกครั้ง จึงอาจส่งผลต่อความพึงพอใจต่อความสะอาดของแผลของกลุ่มตัวอย่าง

ความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในภาพรวมของกลุ่มทดลองที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) น่าจะมีผลมาจากความพึงพอใจต่อระยะเวลาที่ใช้ในการทำความสะอาดแผลและความมั่นใจ



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่

ต่อความสะอาดของแผลภายหลังได้รับการทำความสะอาดแผลที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันความพึงพอใจของผู้ป่วยถูกกำหนดให้เป็นผลลัพธ์ของคุณภาพการพยาบาล (Healthcare Accreditation Institute, 2022) หากผู้จัดการแผลเลือกใช้เทคนิคการทำความสะอาดแผลที่มีประสิทธิผล จะส่งผลให้ผู้มีแผลฉีกขาดเกิดความมั่นใจว่าแผลจะสะอาด ไม่เกิดการติดเชื้อ และน่าจะส่งผลให้ผู้มีแผลฉีกขาดเกิดความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันสามารถลดการติดเชื้อในแผลฉีกขาดที่มีความยาวแผลมากกว่า 5 เซนติเมตรได้ดีกว่าการทำความสะอาดแผลด้วยวิธีปกติ นอกจากนี้วิธีการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดัน ยังทำให้ผู้มีแผลฉีกขาดมีความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการใช้การสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดัน ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้รับบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นแนวทางในการเลือกใช้วิธีการทำความสะอาดแผลฉีกขาดที่มีความยาวมากกว่า 5 เซนติเมตร เพื่อลดโอกาสการติดเชื้อของแผลฉีกขาด และทำให้ผู้มีแผลฉีกขาดมีความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผล
2. นำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อพิจารณานำไปกำหนดเป็นแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดแผลฉีกขาดในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแผลชนิดอื่น เช่น แผลถูกสัตว์กัด แผลเรื้อรังที่มีหนอง
2. ควรมีการศึกษาผลของการทำความสะอาดแผลด้วยวิธีการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อผลลัพธ์อื่น เช่น ระยะเวลาหายของแผล

References

- Akiki, R. K., & Mehrzad, R. (2020). Practical management of common skin injuries, lacerations, wounds, trigger fingers, and burns. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 33(5), 799-808. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.05.200017>
- Bussa, V., Wangsrikhun, S., & Sukonthasarn, A. (2017). Effects of wound irrigation using pressure controlled technique on satisfaction and infection among persons with lacerated wound. *Nursing Journal*, 44(4), 49-60. (in Thai)
- Center for Disease Control and Prevention. (2013). *National healthcare safety network (NHSN)*. <https://www.cdc.gov/nhsn/index.html>
- Chisholm, C. D., Cordell, W. H., Rogers, K., & Woods, J. R. (1992). Comparison of a new pressurized saline canister versus syringe irrigation for laceration cleansing in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 21(11), 1364-1367. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(05\)81903-1](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(05)81903-1)
- Cohen, M. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Forsch, R. T. (2008). Essentials of skin laceration repair. *American Family Physician*, 78(8), 945-951.



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่

- Healthcare Accreditation Institute. (2022). *Hospital and healthcare standards*. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (in Thai)
- Hollander, J. E., & Singer, A. J. (1999). Laceration management. *Annals of Emergency Medicine*, 34(3), 356-367. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(99\)70131-9](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(99)70131-9)
- Hollander, J. E., Singer, A. J., Valentine, S. M., & Shofer, F. S. (2001). Risk factors for infection in patients with traumatic lacerations. *Academic Emergency Medicine*, 8(7), 716-720. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2001.tb00190.x>
- International Wound Infection Institute. (2022). *Wound infection in clinical practice*. <http://www.woundsinternational.com>
- Lewis, K., & Pay, J. L. (2023). *Wound irrigation*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538522/>
- Mankowitz, S. L. (2017). Laceration management. *Journal of Emergency Medicine*, 53(3), 369-382. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.05.026>
- Mitsungnern, T., Kotruchin, P., Phu-ngoen, P., Tacha-a-tik, P., Prasanson, T., Sumritrin, S., & Latham, K. (2016). Customers' satisfaction and causes of satisfaction in emergency room, Srinagarind Hospital 2014. *Srinagarind Medicine Journal*, 31(4), 202-212. (in Thai)
- National Health Service. (2019). *Hospital accident & emergency activity 2018-19*. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-accident--emergency-activity/2018-19>
- Otterness, K., & Singer, J. A. (2019). Updates in emergency department laceration management. *Clinical Experimental Emergency Medicine*, 6(2), 97-105. <https://doi.org/10.15441/ceem.18.018>
- Phayao Hospital. (2022). *Annual statistical report*. Emergency Room Phayao Hospital. (in Thai)
- Prevaldi, C., Paolillo, C., Locatelli, C., Ricci, G., Catena, F., Ansaloni, L., & Cervellin, G. (2016). Management of traumatic wounds in the emergency department: Position paper from the academy of emergency medicine and care (AcEMC) and the world society of emergency surgery (WSES). *World Journal of Emergency Surgery*, 11, 30. <https://doi.org/10.1186/s13017-016-0084-3>
- Quinn, J. V., Polevoi, S. K., & Kohn, M. A. (2014). Traumatic lacerations: What are the risks for infection and has the 'golden period' of laceration care disappeared? *Emergency Medicine Journal*, 31(2), 96-100. <https://doi.org/10.1136/emj-2012-202143>
- Singer, A. J., Hollander, J. E., Subramanian, S., Malhotra, A. K., & Villez, P. A. (1994). Pressure dynamics of various irrigation techniques commonly used in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 24(1), 36-40.
- Stevens, R. J. G., Gardner, E. R., & Lee, S. J. (2009). A simple, effective and cheap device for the safe irrigation of open traumatic wounds. *Emergency Medicine Journal*, 26(5), 354-356. <https://doi.org/10.1136/emj.2007.055343>



Effects of Wound Irrigation Using Pressure Controlled Technique on Wound Infection and Satisfaction Towards Wound Cleansing Among Persons with Large Laceration Wounds

ผลของการสวนล้างแผลโดยใช้เทคนิคควบคุมแรงดันต่อการติดเชื้อของแผลและความพึงพอใจต่อการทำความสะอาดแผลในผู้ที่มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่

-
- White, W., & Asimus, M. (2014). *Assessment and management of nonviable tissue: Wound management for the advanced practitioner*. IP Communications.
- Wolcott, R., & Fletcher, J. (2014). The role of wound cleansing in the management of wound. *Wound International* 2014, 1(1), 25-31. <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/sites/8/2023/02/randall.pdf>
- Wynne, M. (2018). *HSE National wound management guidelines 2018*. <https://healthservice.hse.ie/about-us/onmsd/quality-nursing-and-midwifery-care/hse-national-wound-guidelines-2018.html>



Nurses' Competency in Facilitating Advance Care Planning* สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า*

นันทวุฒิ	วชิระพานิชกุล**	Nanthawuth	Wachirapanitchakul**
เยาวรัตน์	มัชฌิม***	Yaowarat	Matchim***
บวรลักษณ์	ทองทวี****	Borwarnluck	Thongthawee****
กิริติยา	วงศ์ภาพสินธุ์*****	Kiratiya	Wongkalasin*****

Abstract

Advance care planning (ACP) is the process of ongoing discussions focused on identifying and articulating patient's value as a significant aspect of palliative care. Policy regarding facilitation of ACP has been implemented in Thailand for a while. However, little is known about ACP implementation among nurses. This descriptive study aimed to examine nurses' competency levels in facilitating ACP among patients with advanced chronic illness. The sample consisted of 246 nurses working in general or private medical wards. Instruments used for collecting data included: 1) a demographic data form, and 2) the Nurses' Competency in Facilitating Advance Care Planning Questionnaire (NCACP-Q). The NCACP-Q was developed from a conceptual framework of nurse practitioner competencies for ACP and a literature review. It was validated by five experts, achieving a CVI of .94. Cronbach's alpha coefficient was used to test reliability, yielding a value of .92. The data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that nurses' competency in facilitating advance care planning was at a moderate level ($M = 261.35$, $SD = 31.51$). When classified by component, it was found that consultation and collaboration, and therapeutic management were at a high level ($M = 28.47$, $SD = 4.28$; $M = 87.42$, $SD = 10.95$, respectively), while clinical practice and advocacy were at a moderate level ($M = 122.03$, $SD = 15.59$; $M = 23.43$, $SD = 3.82$, respectively).

The results of this study may be useful for administrative personnel in the healthcare and education sectors in creating training courses to enhance nurse's competency in facilitating ACP among patients with advanced chronic illness.

Keyword: Nurses' competency; Advance care planning; Chronic illness; Medical unit

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Old Adult Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

** Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Old Adult Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University;
e-mail: yaowarat.m@gmail.com

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

***** Lecturer, Faculty of Nursing, Thammasat University

Received 6 May 2024; Revised 18 June 2024; Accepted 21 June 2024



บทคัดย่อ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นกระบวนการสื่อสารที่มุ่งเน้นเพื่อให้บุคคลได้ทบทวนชีวิต สามารถวางแผนสำหรับการรักษาพยาบาลในอนาคต และเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับนโยบายมาแล้วระยะหนึ่ง แต่ไม่ชัดเจนว่าพยาบาลในระดับปฏิบัติการมีสมรรถนะด้านนี้มากน้อยเพียงใด การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยเรื้อรังระยะก้าวหน้า กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญและหอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 246 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .94 และค่าความเชื่อมั่น ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 261.35, SD = 31.51$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า สมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาและประสานงาน สมรรถนะด้านการบำบัดอยู่ในระดับสูง ($M = 28.47, SD = 4.28; M = 87.42, SD = 10.95$ ตามลำดับ) ในขณะที่สมรรถนะด้านการปฏิบัติทางคลินิก และสมรรถนะด้านการพิทักษ์สิทธิอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 122.03, SD = 15.59; M = 23.43, SD = 3.82$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษาในครั้งนี้ อาจเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารสถาบันการศึกษา เพื่อออกแบบหลักสูตรที่ช่วยพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยเรื้อรังระยะก้าวหน้าต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาล การวางแผนดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยเรื้อรัง หอผู้ป่วยอายุรกรรม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ e-mail: yaowarat.m@gmail.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

***** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning: ACP) เป็นกระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล บุคคลใกล้ชิด และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นการสะท้อน การอภิปราย และการสื่อสารที่ช่วยให้บุคคลได้ทบทวนชีวิต สามารถวางแผนสำหรับการรักษาพยาบาลในอนาคตในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจ หรือสื่อสารกับแพทย์ได้ด้วยตนเอง (Queensland Health, 2018; The Royal Australian College of General Practitioners [RACGP], 2020) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยลดการตัดสินใจในการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ ได้รับการจัดการอาการที่เหมาะสม ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Srittharathikun & Nethipoomkun, 2021; Zwakman et al., 2018) ลดความเครียด ความวิตกกังวลในอนาคต และภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในญาติ (Silveira, 2023; Zwakman et al., 2018) อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ ช่วยลดต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Silveira, 2023; Tipkanjanaraykha et al., 2017) และที่สำคัญสามารถช่วยเพิ่มโอกาสการใช้ช่วงเวลาระยะสุดท้ายของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตระยะท้ายของผู้ป่วย (Queensland Health, 2018)

องค์ประกอบของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าประกอบด้วย 1) Patient preference คือ สิ่งที่บุคคลต้องการและให้ความสำคัญ 2) Advance decisions คือ การแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (Decision making or Living will) และ 3) Proxy nomination คือ การเลือกบุคคลแสดงเจตนาแทน เมื่อบุคคลไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Tipkanjanaraykha et al., 2017)

ปัจจุบันแม้ว่าสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดทำมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Committee for advance care planning, 2022) แต่ก็ยังพบว่า การดำเนินการอย่างจริงจังเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังมีจำนวนน้อย และไม่ชัดเจนว่าบุคลากรทางสุขภาพมีสมรรถนะในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากน้อยเพียงใด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นเรื่องที่ทำหายกัทีมบุคลากรทางการแพทย์ (Krones et al., 2022) โดยพบว่า พยาบาลมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำ มีเพียงร้อยละ 20-40 (Rietze et al., 2024)

ปัญหาอุปสรรคของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพ คือ ขาดบุคลากรในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ขาดความมั่นใจ ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ขาดทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การมีทัศนคติในด้านความกลัวเกี่ยวกับการพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความไม่ชัดเจนในบทบาท นโยบายจากผู้บริหาร รวมถึงขาดเอกสารและกระบวนการแลกเปลี่ยนในระบบ (Blackwood et al., 2019; Martina et al., 2021; Nedjat-Haiem et al., 2017) ความไม่แน่นอนของวิธีการดำเนินของโรค และภาระงานที่มากจนเกินไป (Wilkin et al., 2024) จึงส่งผลให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าลดลง อย่างไรก็ตามพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยและญาติมากที่สุด นอกจากนี้พยาบาลยังมีหน้าที่ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ให้การรักษาพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Izumi, 2017) ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะอย่างเพียงพอเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ การที่พยาบาลมีความรู้ ทัศนคติ ทักษะความสามารถในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ไม่ว่าจะเป็นการประเมิน การริเริ่ม การให้ข้อมูล การสื่อสารร่วมกับทีมสุขภาพ การประสานงาน การพิทักษ์สิทธิ์ และการจัดการแผนการดูแลล่วงหน้า (Izumi, 2017; Rogers et al., 2020) จากการศึกษาของ ฮีลเลย์ และคณะ (Heale et al., 2018) พบว่าสมรรถนะของพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติทางคลินิก



(Clinical practice) 2) การให้คำปรึกษาและประสานงาน (Consultation and collaboration) 3) การพิทักษ์สิทธิ (Advocacy) และ 4) การบำบัด (Therapeutic management) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำสมรรถนะทั้ง 4 ด้าน มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ และเชื่อว่าการมีสมรรถนะทั้ง 4 ด้าน จะช่วยให้พยาบาลสามารถสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครอบคลุมตามองค์ประกอบของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาในเรื่องดังกล่าวยังมีจำนวนน้อย อีกทั้งเขตบริการสุขภาพที่ 4 ยังมีการทำ ACP เพียงร้อยละ 41.64 (Health Data Center, 2022) รวมถึงการศึกษาในบริบทประเทศไทยพบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ และพบการศึกษาสมรรถนะการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (Sahaworapan et al., 2023) แต่ในปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะก้าวหน้า ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างเฉียบพลันในโรงพยาบาล ส่งผลให้อวัยวะในร่างกายเสื่อมถอย และมีการฟื้นฟูร่างกายบางส่วน ซึ่งยากที่จะบอกช่วงระยะเวลาของชีวิตได้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เป็นผู้ที่ได้เห็นวิธีการดำเนินโรคของผู้ป่วย และเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างใกล้ชิด จึงเป็นโอกาสและช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับพยาบาลในการริเริ่มพูดคุย และวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของฮีลลีย์ และคณะ (Heale et al., 2018) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ที่ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice) เป็นการให้การดูแลผู้รับบริการโดยใช้องค์ความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) การให้คำปรึกษาและประสานงาน (Consultation and collaboration) เป็นการสื่อสารความต้องการที่ได้รับจากผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 3) การพิทักษ์สิทธิ (Advocacy) คือ การสนับสนุนให้เกิดการริเริ่มการวางแผนการดูแลล่วงหน้าตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และ 4) การบำบัด (Therapeutic management) คือ การให้การพยาบาลอย่างเห็นอกเห็นใจ รวมถึงการบรรเทาความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายจิตใจ ให้สอดคล้องกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว หากพยาบาลมีความสามารถในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ครอบคลุมองค์ประกอบพื้นฐานข้างต้น จะสามารถเป็นผู้ริเริ่มในการสื่อสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพได้ อีกทั้งให้การดูแลตอบสนองความปรารถนาของผู้ป่วยและบุคคลสำคัญ และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะท้าย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ และอายุรกรรมพิเศษในโรงพยาบาลพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ หรืออายุรกรรมพิเศษ ในโรงพยาบาลพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบไปด้วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลระดับศูนย์ (A) จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) จำนวน 3 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) จำนวน 1 แห่ง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมวิจัยและยินดียินดีตอบแบบสอบถาม โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

การศึกษาในครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูปของ เครซี และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้ขนาดของตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 205 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถามรวมถึงความสมบูรณ์ในการตอบกลับ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Gray et al., 2017) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 246 ราย การสุ่มโรงพยาบาลตามระดับของโรงพยาบาลเป็นชั้นภูมิ (Straum) ดำเนินการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Stratified random sampling without replacement) จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล (Proportionate simple random sampling) และสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling without replacement) โดยวิธีจับฉลากจากรายชื่อพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วยแบบไม่ใส่คืนให้ได้ครบ 246 ราย การศึกษาครั้งนี้ได้รับการส่งกลับคืนและสมบูรณ์ร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีแบบสอบถามทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้าย การได้รับการอบรมศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และการมีหน่วยงานหรือทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบสมรรถนะพยาบาลของ ฮีลเลอร์ และคณะ (Heale et al., 2018) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีข้อความทั้งหมด 66 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) การปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice) (32 ข้อ) 2) การให้คำปรึกษาและการประสานงาน (Consultation and collaboration) (7 ข้อ) 3) การพิทักษ์สิทธิ์ (Advocacy) (6 ข้อ) และ 4) การบำบัด (Therapeutic management) (21 ข้อ)

เกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราส่วน 5 ระดับ โดยคะแนนสูง หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีระดับสมรรถนะพยาบาลในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับสูง คะแนนต่ำ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพมีระดับสมรรถนะพยาบาลในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับต่ำ คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 66-330 คะแนน การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ แมคโดนัลด์ (McDonald, 2002) ดังนี้



Nurses' Competency in Facilitating Advance Care Planning
สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การแปลผล	ระดับต่ำ (< ร้อยละ 60)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	ระดับสูง (≥ ร้อยละ 80)
รายชื่อ (1-5 คะแนน)	1.00 - 2.99	3.00 - 3.99	4.00 - 5.00
1. การปฏิบัติทางคลินิก	32.00 - 95.99	96.00 - 127.99	128.00 - 160.00
2. การให้คำปรึกษาและ ประสานงาน	7.00 - 20.99	21.00 - 27.99	28.00 - 35.00
3. การพิทักษ์สิทธิ์	6.00 - 17.99	18.00 - 23.99	24.00 - 30.00
4. การบำบัด	21.00 - 62.99	63.00 - 83.99	84.00 - 105.00
ภาพรวม	66.00 - 197.99	198.00 - 263.99	264.00 - 330.00

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคอง 2 ท่าน และ 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลประคับประคอง 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .94 และตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย-ธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่โครงการ 004/2567 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสระบุรี เลขที่โครงการ SRBR66-058 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลบ้านหมี่ เลขที่โครงการ 2567/01 โดยการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทั้งหมด 6 โรงพยาบาล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เน้นย้ำข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เปิดโอกาสให้ซักถามประเด็นที่สงสัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้รับความสมัครใจยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างได้ลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานก่อนเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลแผนกอายุรกรรม หรือผู้ประสานงานวิจัยของโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย โดยเริ่มจากการรวบรวมรายชื่อพยาบาลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิ์ และชี้แจงผู้ประสานงานวิจัยให้เน้นย้ำถึงการตระหนักรู้ของตนเองในการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และการตอบแบบสอบถามจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน หลังจากนั้นดำเนินการสุ่มจับสลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืน และแจกแบบสอบถามโดยผู้ประสานงานวิจัย ให้ระยะเวลาทำแบบสอบถามเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ภายหลังเสร็จสิ้นผู้วิจัยไปปรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.12) อายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี อายุเฉลี่ย 35.48 ปี (SD = 10.26) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.90 ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ ร้อยละ 60.16 และอายุรกรรมพิเศษร้อยละ 39.84 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 60.57 มีระยะเวลาปฏิบัติในวิชาชีพเฉลี่ย 12.83 ปี (SD = 10.32) และเป็นพยาบาลระดับผู้มีความสามารถ หรือระดับเชี่ยวชาญ (Expert) ร้อยละ 67.48 อายุงานในหอผู้ป่วยปัจจุบันเฉลี่ย 8.32 ปี (SD = 6.57) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร้อยละ 91.06 มากกว่าครึ่งของพยาบาลไม่เคยได้รับการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (ร้อยละ 52.85) และได้รับการอบรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงร้อยละ 15.45 ซึ่งน้อยที่สุด ทุกโรงพยาบาลที่ทำการศึกษารังนี้ไม่มีหน่วยงาน หรือทีมสหวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคอง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 246)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ		
พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ	149	60.57
พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ	92	37.40
พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ	5	2.03
ระยะเวลาที่ปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาล (ปี) (M = 12.83, SD = 10.32, min = 1, max = 40)		
ระดับบันไดวิชาชีพ		
ระดับเริ่มต้น (Novice) (< 1 ปี)	9	3.66
ระดับผู้ก้าวหน้าหรือผู้เรียนรู้ (Advance Beginner) (1-2 ปี)	15	6.10
ระดับผู้มีความสามารถ หรือผู้ปฏิบัติ (Competent) (2-3 ปี)	17	6.91
ระดับผู้ชำนาญ (Proficient) (3-5 ปี)	39	15.85
ระดับเชี่ยวชาญ (Expert) (> 5 ปี)	166	67.48
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง		
เคย	224	91.06
ไม่เคย	22	8.94
การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง		
ไม่เคย	130	52.85
เคย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	116	47.15
การจัดการอาการและความปวด	84	34.15
การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ	47	19.11
การส่งเสริมการตายอย่างสงบ	52	21.14
การสื่อสาร	44	17.89



Nurses' Competency in Facilitating Advance Care Planning
สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 246) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลแบบองค์รวมในการดูแลแบบประคับประคอง	78	31.71
การวางแผนดูแลล่วงหน้า	38	15.45

2. ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 261.35, SD = 31.51) เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า ด้านการปฏิบัติทางคลินิก (M = 122.03, SD = 15.59) และด้านการให้คำปรึกษาและประสานงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M = 28.47, SD = 4.28) ด้านการพิทักษ์สิทธิ์มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M = 23.43, SD = 3.82) และด้านการบำบัดมีค่าเฉลี่ยในระดับสูง (M = 87.42, SD = 10.95) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจำแนกตามรายด้าน (n = 246)

สมรรถนะในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	M	SD	Level
1. การปฏิบัติทางคลินิก	122.03	15.59	ปานกลาง
2. การให้คำปรึกษาและประสานงาน	28.47	4.28	สูง
3. การพิทักษ์สิทธิ์	23.43	3.82	ปานกลาง
4. การบำบัด	87.42	10.95	สูง
ภาพรวม	261.35	31.51	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาสมรรถนะของพยาบาลรายด้านพบว่าอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงแต่ก็ยังมีส่วนที่สามารถเป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลรายด้านนั้น ๆ ให้สูงขึ้นได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด-ต่ำสุดสองอันดับแรกของสมรรถของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ารายด้าน (n = 246)

สมรรถนะในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	M	SD	Level
1. ด้านการปฏิบัติทางคลินิก (ข้อคำถามที่มีคะแนนมากที่สุด)			
1.1 ฉันรับรู้ว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นกระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว บุคคลสำคัญของผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์	4.54	0.62	สูง
1.2 ฉันรับรู้ว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนถึงสิ่งที่ผู้ป่วยค้างคาใจ สิ่งที่มีคุณค่าในชีวิต สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ เป้าหมายของชีวิตและการดูแลรักษาที่ปรารถนา	4.41	0.69	สูง
1. ด้านการปฏิบัติทางคลินิก (ข้อคำถามที่มีคะแนนน้อยที่สุด)			
1.3 ฉันรับรู้ว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่ต้องจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร	2.90	1.18	ต่ำ



Nurses' Competency in Facilitating Advance Care Planning
สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด-ต่ำสุดสองอันดับแรกของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ารายด้าน (n = 246) (ต่อ)

สมรรถนะในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	M	SD	Level
1.4 ฉันเข้าใจว่านักกฎหมายไม่จำเป็นต้องเข้าร่วม/มีส่วนร่วมเสมอในการทำหนังสือแสดงเจตนา (Advance directive) หรือพินัยกรรมชีวิต (Living will) ของผู้ป่วย	3.04	1.14	ปานกลาง
2. ด้านการให้คำปรึกษาและประสานงาน (ข้อคำถามที่มีคะแนนมากที่สุด)			
2.1 ฉันสามารถประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ที่ร่วมรักษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการประชุมครอบครัว	4.20	0.76	สูง
2.2 เมื่อมีการย้ายหอผู้ป่วย ฉันสื่อสารแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยให้แก่ทีมสุขภาพที่ดูแลต่อ และเน้นย้ำให้มีการประเมินอย่างต่อเนื่อง	4.16	0.79	สูง
2. ด้านการให้คำปรึกษาและประสานงาน (ข้อคำถามที่มีคะแนนน้อยที่สุด)			
2.3 ฉันดำเนินการให้มีการจัดเก็บแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยเข้าระบบข้อมูลของโรงพยาบาล (เช่น OPD card, เวชระเบียน, ระบบอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล) เพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมที่ให้การดูแล	3.85	0.84	ปานกลาง
2.4 ฉันสามารถให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยครอบครัว และผู้ตัดสินใจแทน (surrogate) เมื่อผู้ป่วยและญาติมีข้อสงสัย	3.96	0.72	ปานกลาง
3. ด้านการพิทักษ์สิทธิ (ข้อคำถามที่มีคะแนนมากที่สุด)			
3.1 ฉันชื่นชมพยาบาลในหอผู้ป่วยทุกคนที่ริเริ่ม (initiating) พูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว	4.22	0.74	สูง
3.2 ฉันสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวเข้าถึงคลินิกการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หรือหน่วยประคับประคอง	4.09	0.79	สูง
3. ด้านการพิทักษ์สิทธิ (ข้อคำถามที่มีคะแนนน้อยที่สุด)			
3.3 ฉันสามารถสอนให้คำแนะนำ เป็นพี่เลี้ยง หรือเป็นที่ปรึกษาให้บุคลากรในหอผู้ป่วย/หน่วยงานได้มีความสามารถในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	3.57	0.92	ปานกลาง
3.4 แม้ครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วยจะไม่เห็นด้วยกับแผนการดูแลล่วงหน้า ที่ผู้ป่วยต้องการ ฉันสามารถเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการบอกกล่าวสิทธิ ความต้องการ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	3.78	0.85	ปานกลาง
4. ด้านการบำบัด (ข้อคำถามที่มีคะแนนมากที่สุด)			
4.1 ขณะที่ฉันดูแลผู้ป่วย ฉันตระหนักว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ	4.50	0.62	สูง



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด-ต่ำสุดสองอันดับแรกของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ารายด้าน (n = 246) (ต่อ)

สมรรถนะในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า	M	SD	Level
4.2 ฉันทเปิดโอกาสให้ครอบครัวและบุคคลอื่นเป็นที่รักของผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกันในช่วงสุดท้ายของชีวิต แม้จะต้องยืดหยุ่นกฎระเบียบบางอย่างก็ตาม	4.45	0.65	สูง
4. ด้านการบำบัด (ข้อคำถามที่มีคะแนนน้อยที่สุด)			
4.3 ฉันทสามารถจัดการอาการเหนื่อยด้วยวิธีไม่ใช่ยา เช่น สอนเทคนิคหายใจ Pursed lip breathing training, Fan therapy, Relaxation technique	3.71	0.86	ปานกลาง
4.4 ฉันทสามารถจัดการอาการปวดในผู้ป่วยด้วยวิธีการไม่ใช่ยา เช่น การใช้ความร้อน ความเย็น การนวด เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกสมาธิ	3.78	0.86	ปานกลาง

การอภิปรายผล

ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

การศึกษาค้นคว้าพบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาในพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตที่มีสมรรถนะการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับปานกลางเช่นกัน (Sahaworapan et al., 2023) เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการปฏิบัติในวิชาชีพเฉลี่ย 12.83 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบันเฉลี่ย 8.32 ปี ซึ่งอยู่ในระดับเชี่ยวชาญ (Expert) มากกว่าครึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงอาจสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีประสบการณ์การปฏิบัติทางคลินิก และเป็นผู้ที่มีความสามารถ มีความเข้าใจสถานการณ์ เข้าใจผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้ง สามารถคิดวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างครอบคลุม (Benner, 1984) อาจเป็นไปได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแล และเริ่มพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกับผู้ป่วยและญาติ แต่พยาบาลที่ศึกษาค้นคว้านี้ได้รับการอบรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงร้อยละ 15.45 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดการอบรมศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองและการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การมีความรู้และการฝึกทักษะจะช่วยให้พยาบาลสามารถแสดงความสามารถในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม (Nupinit et al., 2017) ทั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายสมรรถนะรายด้าน ดังนี้

สมรรถนะด้านการปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดทั้งสองข้อในด้านของความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อาจเป็นเพราะการเข้าร่วมอบรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงร้อยละ 15.45 อาจส่งผลให้พยาบาลมีความเข้าใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระดับต่ำ (Rattanakunuprakarn, 2023) แม้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่พยาบาลยังมองว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าไม่ใช่บทบาทของตนเป็นบทบาทของแพทย์ (Wilkin et al., 2024) จากการศึกษาพบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นหน้าที่เฉพาะของหน่วยงานประคับประคองในโรงพยาบาล พยาบาลหน่วยงานจึงมองว่าไม่ใช่บทบาทโดยตรงของตน อีกทั้งนโยบายและการไม่มีแนวปฏิบัติในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจึงทำให้สมรรถนะการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

สมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาและประสานงานอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 12.83 ปี เมื่อเทียบกับบัณฑิตวิชาชีพอยู่ในระดับเชี่ยวชาญ (Expert) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความรู้ เข้าใจ



Nurses' Competency in Facilitating Advance Care Planning สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ในการพยาบาลเป็นอย่างดี รวมถึงการจัดการและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Benner, 1984) อีกทั้งมีอายุงานที่เริ่มเป็นหัวหน้าเวรพยาบาลที่สามารถให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม รวมถึงมีทักษะการสื่อสารติดต่อประสานงานได้ดี (Tannukit, 2019) อีกทั้งบริบทของโรงพยาบาลที่ศึกษาในทุกโรงพยาบาลมีหน่วยงานหรือทีมสหวิชาชีพในการดูแลแบบประคับประคอง จึงส่งผลให้พยาบาลมีการติดต่อประสานงานมากขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ในด้านการจัดเก็บเอกสาร และการสื่อสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยแก่ทีมสุขภาพ อาจเป็นเพราะพยาบาลยังขาดความรู้เกี่ยวกับประเด็นด้านกฎหมาย และการบันทึกเอกสารอย่างเป็นทางการ (Wilkin et al., 2024) แต่การติดต่อประสานงานเป็นสิ่งที่พยาบาลทำอยู่เป็นประจำ จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พยาบาลมีสมรรถนะด้านนี้ในระดับสูง

สมรรถนะด้านการพิทักษ์สิทธิ์อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจุบันแม้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (Ministry of Public Health, 2022) แต่เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ยังขาดความรู้และความเข้าใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาคือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าส่งผลให้มีการริเริ่มพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักมากขึ้น (Wilkin et al., 2024) ซึ่งสอดคล้องกับข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การที่พยาบาลสามารถสอน ให้คำแนะนำ เป็นที่เลี้ยง หรือเป็นที่ปรึกษาให้บุคลากรในหอผู้ป่วยในการทำ ACP ยังมีคะแนนในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าพยาบาลที่เคยเข้าร่วมอบรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีจำนวนน้อย (ร้อยละ 15.45) อาจสะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจคลาดเคลื่อน ส่งผลให้ขาดความมั่นใจ และขาดทักษะการปฏิบัติในการริเริ่มการพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Blackwood et al., 2019; Martina et al., 2021) จึงส่งผลให้สมรรถนะด้านการพิทักษ์สิทธิ์อยู่ในระดับปานกลาง

สมรรถนะด้านการบำบัดอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (ร้อยละ 91.06) และเป็นพยาบาลระดับเชี่ยวชาญ (Expert) (67.48) ส่งผลให้พยาบาลมีความสามารถ มีความรู้ความเข้าใจ และให้การพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวม รวมถึงสามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยได้ (Benner, 1984; Nupinit et al., 2017) โดยเฉพาะการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น (Nilmanat & Saechit, 2018) จึงอาจส่งผลให้สมรรถนะด้านการบำบัดอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการจัดการอาการเหนื่อย และอาการปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยา อาจเป็นเพราะพยาบาลมีจำนวนผู้ป่วยในอัตราส่วนที่ดูแลมาก ความเหนื่อยล้า หน้าที่ความรับผิดชอบและภาระงานที่มาก ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จึงทำให้พยาบาลมุ่งเน้นเลือกการจัดการอาการของผู้ป่วยโดยการให้ยามากกว่ารูปแบบไม่ใช้ยา (Kero et al., 2024; Kia et al., 2021) อีกทั้งการจัดการอาการโดยไม่ใช้ยาอาจต้องได้รับการอบรมศึกษาเพิ่มเติมหรือการฝึกทักษะในการจัดการหรือการสืบค้นและประยุกต์ใช้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ จึงทำให้พยาบาลในการศึกษาครั้งนี้เลือกการจัดการโดยการให้ยาเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนาความสามารถตนเองในการปฏิบัติการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า กระบวนการสื่อสาร การประเมินผู้ป่วย รวมถึงการจัดการอาการ
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาองค์ความรู้ ความสามารถพยาบาล รวมถึงประเมินสมรรถนะพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
3. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการวิจัย หรือ กรอบแนวคิดการวิจัยไปใช้ในการศึกษา หรือใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมสมรรถนะพยาบาลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
2. ควรมีการศึกษาที่อาจพิจารณาถึงการแบ่งระดับตามบัณฑิตวิชาชีพ
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยระดับประคองเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
4. ควรเพิ่มการกำหนดเกณฑ์คัดเข้า เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างน้อย 1 ราย เพื่อให้ข้อมูลของกลุ่มอย่างชัดเจนในด้านการปฏิบัติการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม ในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพอื่นได้
2. การตอบแบบสอบถามเป็นการประเมินจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพียงด้านเดียว จึงอาจจำเป็นต้องมีการประเมินที่หลากหลายหรือประเมินจากหัวหน้างานเพื่อสะท้อนถึงสมรรถนะที่แท้จริง

References

- Benner, P. (1984). *From novice to expert excellence and power in clinical practice*. Addison-Wesley Publishing.
- Blackwood, D. H., Walker, D., Mythen, M. G., Taylor, R. M., & Vindrola-Padros, C. (2019). Barriers to advance care planning with patients as perceived by nurses and other healthcare professionals: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing, 28*(23-24), 4276-4297. <https://doi.org/10.1111/jocn.15049>
- Committee for advance care planning. (2022). *Thai standards for advance care planning*. Pimsiripattana. (in Thai)
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research E-Book: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Heale, R., Rietze, L., Hill, L., & Roles, S. (2018). Development of nurse practitioner competencies for advance care planning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 20*(2), 166-171. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000425>
- Health Data Center. (2022). *Service plan in intermediate & palliative care*. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5
- Izumi, S. (2017). Advance care planning: the nurse's role. *The American Journal of Nursing, 117*(6), 56-61. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520255.65083.35>
- Kero, J., Koivisto, J. M., Lee, S. H., & Haavisto, E. (2024). Nurses' perceptions to alleviate dyspnea in patients with advanced cancer while receiving palliative care. *Nursing Open, 11*(1), e2038. <https://doi.org/10.1002/nop2.2038>



- Kia, Z., Allahbakhshian, M., Ilkhani, M., Nasiri, M., & Allahbakhshian, A. (2021). Nurses' use of non-pharmacological pain management methods in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. *Complementary therapies in medicine*, 58, 102705. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102705>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Krones, T., Budilivski, A., Karzig, I., Otto, T., Valeri, F., Biller-Andorno, N., Mitchell, C., & Loupatatzis, B. (2022). Advance care planning for the severely ill in the hospital: A randomized trial. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 12(e3), e411-e423. <https://doi.org/10.1136/Bmjspcare-2017-001489>
- Martina, D., Lin, C. P., Kristanti, M. S., Bramer, W. M., Mori, M., Korfage, I. J., van der Heide, A. van der Rijt, C. C. D., & Rietjens, J. A. C. (2021). Advance care planning in Asia: A systematic narrative review of healthcare professionals' knowledge, attitude, and experience. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(2), 349.e1-349.e28. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.12.018>
- McDonald, M. (2002). *Systematic assessment of learning outcomes: Developing multiple-choice exams*. Jones & Bartlett Learning.
- Ministry of Public Health. (2022). *KPI monitoring*. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/02/kpi_template_edit_2.pdf
- Nedjat-Haiem, F. R., Carrion, I. V., Gonzalez, K., Ell, K., Thompson, B., & Mishra, S. I. (2017). Exploring health care providers' views about initiating end-of-life care communication. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(4), 308-317. <https://doi.org/10.1177/1049909115627773>
- Nilmanat, K., & Sae-chid, K. K. (2018). Effects of a case-based management nursing programme for terminally ill patients on their perception of symptom-induced suffering and terminal care quality. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(3), 51-66. (in Thai)
- Nupinit, W., Nilmanat, K., & Mutchim, Y. (2017). Selective factors related to intensive care units' registered nurses' competency in caring for terminally ill patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(4), 94-106. (in Thai)
- Queensland Health. (2018). *Advance care planning clinical guidelines*. https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0037/688618/acp-guidelines.pdf
- Rattanakunuprakarn, U. (2023). *Factors related to palliative care behaviours of nurses among patients with heart failure*. [Master of Nursing Science, Thammasat University]. https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2023/TU_2023_6414032067_17903_27656.pdf



- Rietze, L. L., Stajduhar, K. I., Purkis, M. E., & Cloutier, D. (2024). The challenges of advance care planning for acute care registered nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 8445621241244532. <https://doi.org/10.1177/08445621241244532>
- Rogers, J., Goldsmith, C., Sinclair, C., & Auret, K. (2020). The advance care planning nurse facilitator: Describing the role and identifying factors associated with successful implementation. *Australian Journal of Primary Health*, 25(6), 564-569. <https://doi.org/10.1071/PY19010>
- Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (ACP) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), 1-13. (in Thai)
- Silveira, M. (2023). *Advance care planning and advance directives*. <https://www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives#H758417>
- Sritharathikun, P., & Nethipoomkun, S. (2021). Impact of advance care planning on the end-of-life care in Maesot palliative care clinic, Tak Province, Thailand. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 4(1), 97-111. (in Thai)
- Tannukit, P. (2019). Study charge nurses' competencies in nursing division B.M.A. general hospital. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*, 15(1), 14-22. (in Thai)
- The Royal Australian College of General Practitioners. (2020). RACGP aged care clinical guide (Silver Book 5th ed.). <https://www.racgp.org.au/silverbook>
- Tipkanjanaraykha, K., Saleekul, S., Apisitwasana, N., & Thiammok, M. (2017). Advanced care planning for peaceful death. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(3), 138-145. (in Thai)
- Wilkin, K., Fang, M. L., & Sixsmith, J. (2024). Implementing advance care planning in palliative and end of life care: A scoping review of community nursing perspectives. *BMC Geriatrics*, 24(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04888-4>
- Zwakman, M., Jabbarian, L. J., van Delden, J., van der Heide, A., Korfage, I. J., Pollock, K., Rietjens, J., Seymour, J., & Kars, M. (2018). Advance care planning: A systematic review about experiences of patients with a life-threatening or life-limiting illness. *Palliative Medicine*, 32(8), 1305-1321. <https://doi.org/10.1177/0269216318784474>



Development of Nursing Guidelines for Assessing Dysphagia in Elders with Stroke

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

อริสรา สุขวัจน์* Arissara Sukwatjanee*
พิกุล เนติ** Pikun Neti**

Abstract

Dysphagia in stroke patients causes aspiration pneumonia which extends hospital stays and increases medical care costs. The objective of this research and development was to create nursing guidelines for assessing dysphagia in elders with stroke. The 54 participants were comprised of 10 nurses who developed the guidelines, 10 nurses who used the guidelines, and 34 patients with stroke who received care based on the guidelines. The research instrument consisted of personal data questionnaires, a questionnaire on feasibility and patient outcomes in using the guidelines, and a questionnaire on nurses' opinions on the guidelines. The guideline development was performed following four steps: 1) define the problem, 2) search for empirical evidence, 3) trial the guidelines, and 4) present the results. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The research results revealed the nursing guidelines for assessing dysphagia in elders with stroke comprised four steps: 1) nursing care for patients at the first admission, 2) solid-diet swallowing test, 3) semisolid-diet swallowing test, and 4) liquid-diet swallowing test. The guidelines were reliable quality using AGREE II and the value was 84.23%. All nurses who used the guidelines agreed that the developed guidelines were feasible for assessing dysphagia in elder patients and were easy to understand and implement. The average satisfaction score with the guidelines was at level 3 (strongly agree). No incidence of aspiration was found during evaluation.

This guideline could prevent aspiration for elder patients with stroke, which is one cause of pneumonia while patients are staying in a hospital.

Keywords: Nursing guidelines; Dysphagia; Elder; Stroke

* Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University;
e-mail: arissara@g.swu.ac.th

** Registered Nurse, Professional Level, Nakhon Nayok Hospital

Received 10 May 2024; Revised 14 June 2024; Accepted 17 June 2024



Development of Nursing Guidelines for Assessing Dysphagia
in Elders with Stroke
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

บทคัดย่อ

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการสำลักอันเป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบ ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น งานวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับประเมินภาวะกลืนลำบาก ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน ประกอบด้วยพยาบาลผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ 10 คน พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ 10 คน และผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 34 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเป็นไปได้และผลลัพธ์ผู้ป่วยในการใช้แนวปฏิบัติ และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติ การพัฒนาแนวปฏิบัติมี 4 ขั้นตอน: 1) กำหนดปัญหา 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) ทดลองใช้แนวปฏิบัติ และ 4) นำเสนอผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย ได้แนวปฏิบัติประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มี 4 ขั้นตอน: 1) การพยาบาลผู้ป่วยแรกรับ 2) การทดสอบการกลืนอาหารแข็ง 3) การทดสอบการกลืนอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว และ 4) การทดสอบการกลืนอาหารเหลว แนวปฏิบัติมีระดับคุณภาพน่าเชื่อถือ การประเมินด้วยเครื่องมือ AGREE II คะแนนรวมคิดเป็นร้อยละ 84.23 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทุกคนเห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนานี้มีความเป็นไปได้ในการประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุ และเข้าใจง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับ 3 (เห็นด้วยอย่างมาก) ไม่พบอุปสรรคการนำสู่การปฏิบัติระหว่างประเมิน

แนวปฏิบัตินี้ สามารถนำไปใช้ในการป้องกันการสำลัก ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ภาวะกลืนลำบาก ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ e-mail: arissara@g.swu.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครนายก

วันที่รับบทความ 10 พฤษภาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 14 มิถุนายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 17 มิถุนายน 2567



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข พบอุบัติการณ์สูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (Thiamkao, 2022) โดยพบอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุไทยจำนวน 1,240,800 ราย จากประชากร 66 ล้านคน เสียชีวิต 128,700 ราย (Strategy and Planning Division, 2023) ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตรองจากมะเร็งและปอดอักเสบ (Kumluang et al., 2023; Majavong, 2019) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการรับรู้ลดลง การพูดหรือสื่อสารบกพร่อง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและกลืนลำบาก ซึ่งการกลืนลำบากเป็นความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกลืน หรือมีการอุดตันทางเดินอาหารตั้งแต่ช่องปากถึงหลอดอาหาร ทำให้เกิดปัญหาในการส่งผ่านอาหารจากช่องปากไปยังกระเพาะอาหาร ต่อมาน้ำลายผลิตน้ำลายน้อยลง ขากรรไกรและกล้ามเนื้อในการเคี้ยวอ่อนแรง กล้ามเนื้อลิ้นออกแรงกลืนได้ลดลงทำให้กลืนลำบาก นอกจากนี้ฝาปิดกล่องเสียงยังสูญเสียความยืดหยุ่น เวลาที่กลืนฝาปิดกล่องเสียงจะปิดไม่สนิท ทำให้อาหารลอดเข้าไปใต้ฝาปิดกล่องเสียงส่งผลให้เกิดการสำลักตามมา (Buaniam, 2021; Lidetu et al., 2023)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะกลืนลำบากตั้งแต่เริ่มป่วยมากถึงร้อยละ 37-78 (Nuntharuksa et al., 2021) และร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตในปีแรกจากการสำลักและเป็นโรคปอดอักเสบ (Kummarg et al., 2022) ดังนั้นการประเมินการกลืนลำบาก จึงมีความสำคัญในการป้องกันการสำลักอันส่งผลให้เกิดโรคปอดอักเสบ (Pneumonitis) ที่ทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Boaden et al., 2021)

จากการศึกษาที่ผ่านมา สามารถสรุปแนวทางการป้องกันการสำลักจากการกลืนลำบากได้ 4 ประการ คือ 1) การคัดกรองระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งและนั่งตัวตรงได้ 2) การประเมินความพร้อมก่อนการกลืน โดยผู้ป่วยสามารถกลืนน้ำลายและเลียริมฝีปากได้ หายใจไม่หอบเหนื่อย 3) การทดสอบการกลืนน้ำจากปริมาณน้อยไปมาก และ 4) การประเมินอาการขณะรับประทานอาหาร โดยมีน้ำลายหรืออาหารไหลออกจากปาก มีอาหารค้างในกระพุ้งแก้ม มีอาการไอ สำลักขณะรับประทานหรือดื่มน้ำ หากพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการสำลักจะต้องงดน้ำและอาหารทางปาก ประเมินแพทย์เพื่อใส่สายให้อาหารหรือส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกกล้ามเนื้อที่ช่วยกลืน (Thiem et al., 2023; Thinchana, 2020; Thummapok, 2024)

แม้จะมีแนวทางการดูแลการป้องกันการสำลักจากการกลืนลำบาก แต่ในทางปฏิบัติยังมีการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะกลืนลำบากที่ยังไม่เพียงพอ โดยผู้ป่วยแรกรับจะได้รับการประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและอาการทางระบบประสาท แต่ไม่ได้รับการประเมินภาวะกลืนลำบากในทุกราย โดยผู้ป่วยที่พร้อมความรู้สึกตัวจะได้รับอาหารและยาทางสายให้อาหาร แต่สำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีจะให้รับประทานอาหารและยาทางปากได้ จึงพบอุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยกลุ่มที่รู้สึกตัวดีนี้เกิดการสำลักบ่อยครั้ง (Jangtong, 2021) ซึ่งในทางปฏิบัติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ควรได้รับการประเมินภาวะกลืนลำบากจากพยาบาลตั้งแต่แรกรับ เพื่อวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลักได้เร็วขึ้น แต่หอผู้ป่วยยังขาดแนวปฏิบัติการประเมินภาวะกลืนลำบากที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งการประเมินขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล

จากการทบทวนเอกสารพบว่า มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุรวมกัน มิได้แยกเฉพาะผู้สูงอายุ และใช้น้ำทดสอบการกลืน (Chen et al., 2016; Moolkaew et al., 2016; Namwong et al., 2018) ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับการประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ เนื่องจากแนวปฏิบัติดังกล่าวใช้ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีสภาพร่างกายแข็งแรง ระบบประสาททำงานสัมพันธ์กันดี ปัญหาการกลืนลำบากเกิดจากการมีลิ้มเลือดมากดเบียดบริเวณเนื้อสมองทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง หลังผ่าตัดเปิดกะโหลกนำลิ้มเลือดออกไป โอกาสที่ร่างกายจะฟื้นฟูเข้าสู่สภาพปกติเป็นไปได้เร็ว



Development of Nursing Guidelines for Assessing Dysphagia
in Elders with Stroke
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ปัญหาการกลืนลำบากในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีการศึกษา ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย วิชาคและทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นที่มี น้ำหนักของสมองลดลง มีภาวะสมองฝ่อเพราะจำนวนเซลล์ประสาทลดลง ขนาดเลือดบริเวณสมองใหญ่และก้าน สมองส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10, 12 ที่ควบคุมการกลืน (Thummapok, 2024) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอาหารไหลจากปากลงสู่ช่องคอและมีการสำลักขึ้นจมูก นอกจากนี้กล้ามเนื้อบริเวณ ขากรรไกรมีอาการอ่อนแรงทำให้ไม่สามารถอ้าปาก ปิดปากได้ดี อาหารจึงหกจากปากได้ง่าย (Boonyawat, 2024) นอกจากนี้การใช้น้ำทดสอบการกลืนกับผู้สูงอายุอาจเพิ่มความเสี่ยงให้ผู้สูงอายุเกิดการสำลักได้ เนื่องจากน้ำซึ่งมี ความหนืดขั้นต่ำจะผ่านจากระยะช่องปากเข้าสู่ระยะคอหอยอย่างรวดเร็วก่อนที่จะเกิดการกลืนจึงเกิดการสำลักได้ บ่อย (Chen et al., 2016; Khositamongkol & Khamkon, 2024; Thiem et al., 2023) ดังนั้นจึงจำเป็นที่ จะต้องพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินภาวะกลืนลำบากที่มีความเฉพาะกับผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง เพิ่มความปลอดภัยโดยปรับเป็นใช้อาหารที่มีความหนืดขั้นมากกว่าน้ำทดสอบการกลืน ในระยะแรกก่อน หากผู้ป่วยไม่มีปัญหาการกลืนจึงทดสอบด้วยน้ำในระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุปลอดภัย จากการสำลัก ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โมเดลการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา (The Evidence-based Practice Model) มีความเหมาะสมที่ นำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติใช้ข้อมูลจากหลักฐาน เชิงประจักษ์มีความชัดเจนน่าเชื่อถือและสามารถปรับได้กับทุกบริบท ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การกำหนด ปัญหา การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การทดลองใช้แนวปฏิบัติ และการนำเสนอผลลัพธ์ (Soukup, 2000) ผู้วิจัยได้ใช้โมเดลดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย คือ โมเดลการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา (The Evidence-based Practice Model) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Soukup, 2000)

ขั้นตอนที่ 1 Evidence-triggered phase เป็นการกำหนดปัญหาทางคลินิกจากการปฏิบัติงานและจาก ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางคลินิก ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับประเมินภาวะกลืนลำบากใน ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติได้กำหนดปัญหาจากการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลต่อ ปัญหาการกลืนลำบากของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นสรุป ประเด็นปัญหาที่ได้

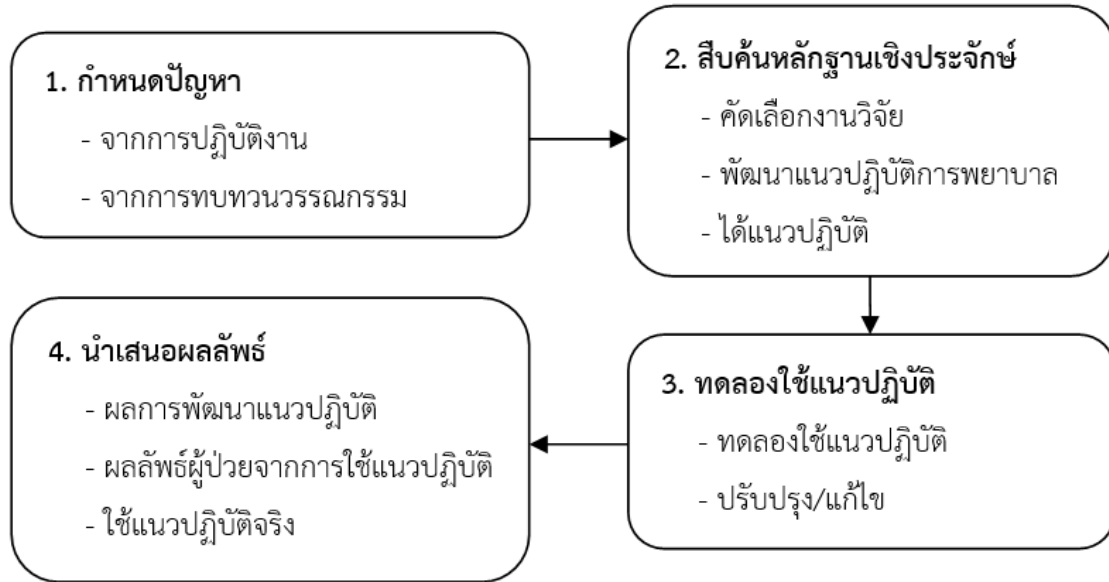
ขั้นตอนที่ 2 Evidence-supported phase เป็นการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็น เลิศ ในขั้นตอนนี้ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติได้คัดเลือกงานวิจัยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการประเมินภาวะกลืนลำบากใน ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สร้างแนวปฏิบัติและนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

ขั้นตอนที่ 3 Evidence-observed phase เป็นการทดลองใช้แนวปฏิบัติ สำหรับงานวิจัยนี้ได้ทดลองนำร่อง กับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลที่เป็นกรณีศึกษา มี การฝึกอบรมพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติและสำรวจความคิดเห็นการนำไปใช้เพื่อปรับปรุงแก้ไข



Development of Nursing Guidelines for Assessing Dysphagia
in Elders with Stroke
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 4 Evidence-based phase เป็นการนำเสนอผลลัพธ์หลังใช้แนวปฏิบัติ ในขั้นตอนนี้ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติได้นำเสนอผลการพัฒนาแนวปฏิบัติและผลลัพธ์ผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลกรณีศึกษา เพื่อนำสู่การปฏิบัติจริงต่อไป ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยและพัฒนานี้ มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดการพัฒนาจากโมเดลการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (The Evidence-based Practice Model) ของ ซูกัฟ (Soukup, 2000) ระยะเวลาพัฒนาแนวปฏิบัติเป็นเวลา 9 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนของเขตสุขภาพที่ 4 ทั้งหมด 8 จังหวัด ได้แก่ สระบุรี นนทบุรี ปทุมธานี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี และพระนครศรีอยุธยา

คัดเลือกโรงพยาบาล ที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบสุ่มหลายชั้น (multi-stage random sampling) จากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 ซึ่งมี 8 จังหวัด โดยสุ่มได้จังหวัดนครนายกซึ่งมี 4 โรงพยาบาล จากนั้นสุ่มหาโรงพยาบาลกรณีศึกษาได้เป็นโรงพยาบาลนครนายก

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจากการกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ 0.8 อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ระดับ .95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (Gray & Grove, 2020) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างดำเนินการวิจัยได้เพิ่มจำนวนผู้ป่วยอีกร้อยละ 20 (6 คน) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 34 คน และกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลผู้พัฒนาแนวปฏิบัติและพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจากจำนวนพยาบาลที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยที่ศึกษาซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่มดังนี้



Development of Nursing Guidelines for Assessing Dysphagia
in Elders with Stroke
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่ม 1 พยาบาลผู้พัฒนาแนวปฏิบัติจำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่น้อยกว่า 5 ปี มีประสบการณ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ หรือมีคุณวุฒิปริญญาโทสามารถอ่านวิเคราะห์งานวิจัยได้ และผ่านการอบรมวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากผู้วิจัย

กลุ่ม 2 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่น้อยกว่า 1 ปี

กลุ่ม 3 ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 34 คน เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ มีอายุระหว่าง 60-80 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก อาการของผู้ป่วยประเมินด้วย National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) (ACLS Medical Training, 2024) มีระดับรุนแรงเล็กน้อยถึงปานกลาง (5-14 คะแนน) ระดับความรู้สึกตัวประเมินด้วย Glasgow Coma Scale (GCS) (Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde, 2024) ปกติ (16 คะแนน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 8 ข้อ สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถามแบบเติมคำและตรวจสอบรายการ เกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาการเป็นโรค อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลและโรคร่วม

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลจำนวน 5 ข้อ สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถามแบบเติมคำ และตรวจสอบรายการ เป็นคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

3. แบบสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ สำหรับประเมินการกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15 ข้อ สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยประเด็นคำถามแบบตรวจสอบรายการ และเติมคำสำหรับข้อเสนอแนะ ได้แก่ เป็นไปได้และเป็นไปไม่ได้ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อแรกเริ่ม การทดสอบการกลืนตามขั้นตอนต่าง ๆ การประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ การสำลัก หรือการติดเชื้อที่ปอด

4. แบบประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติจำนวน 10 ข้อ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยประเด็นคำถามแบบตรวจสอบรายการโดยมีตัวเลือก “มี” หรือ “ไม่มี” การเกิดการสำลักและการติดเชื้อที่ปอด ได้แก่ น้ำลายไหลหรืออาหารไหลออกจากปาก อาหารค้างในกระพุ้งแก้ม ไอ มีอาหารหรือน้ำออกทางจมูกขณะรับประทาน อาหารติดในลำคอ ไอมึนเสมหะ มีไข้ หายใจเหนื่อย ผลเอกซเรย์ปอดพบเงาทึบ ผลการเพาะเชื้อเสมหะพบเชื้อแบคทีเรีย

5. แบบแสดงความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับประเมินการกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 5 ข้อ สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยประเด็นคำถามแบบตรวจสอบรายการ และคำถามแบบเติมคำสำหรับข้อเสนอแนะ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยคะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก 2 หมายถึง เห็นด้วยปานกลางและ 3 หมายถึง เห็นด้วยน้อย ได้แก่ ความยากง่ายต่อการนำไปปฏิบัติของแนวปฏิบัติ ความเหมาะสมและประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในหน่วยงานและความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ แบบประเมินผลลัพธ์ผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติ และแบบแสดงความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ สำหรับประเมินการกลืนลำบาก



Development of Nursing Guidelines for Assessing Dysphagia
in Elders with Stroke
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบประสาท นักกายภาพบำบัด และพยาบาลผู้มีความรู้ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความสอดคล้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหา ได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .92, .87 และ .89 ตามลำดับ สำหรับแนวปฏิบัติที่พัฒนาได้นำไปประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติด้วยเครื่องมือ Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) (AGREE Next Steps Consortium, 2017) คะแนนรวมคิดเป็นร้อยละ 84.23 หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง SWUEC/F-194/2564 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย และหากกลุ่มตัวอย่างได้รับอันตราย หรือเจ็บป่วยอันพิสูจนได้ว่าสาเหตุเกิดจากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยยินดีให้เข้ารับบริการดูแลรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ตลอดจนมีแนวปฏิบัติในการป้องกันอันตรายเหล่านั้น โดยการประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างทุกครั้งที่เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการพิจารณาความดีความชอบ หรือบริการสุขภาพที่จะได้รับ การบันทึกข้อมูลใช้รหัสแทนชื่อจริง ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลผลงานวิจัยเน้นการวิเคราะห์ในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ยื่นเอกสารขอเก็บข้อมูลวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรณีศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม
2. ผู้วิจัยพบบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลผู้พัฒนาและผู้ใช้แนวปฏิบัติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ค่าชี้แจงกิจกรรมขณะเข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล
3. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและกิจกรรมขณะเข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
4. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามขั้นตอนของโมเดลการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Soukup, 2000) รายละเอียด ดังตารางที่ 1



Development of Nursing Guidelines for Assessing Dysphagia
in Elders with Stroke
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนพัฒนา	กิจกรรม
<p>1. กำหนดปัญหา (1 เดือน)</p>	<p>ทีมพยาบาลผู้พัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกำหนดปัญหาจากการปฏิบัติงานและการทบทวนวรรณกรรมดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดประชุมระดมความคิดเห็นต่อปัญหาสุขภาพและภาวะกลืนลำบากของป่วยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีประเด็นดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) ผลกระทบของปัญหาสุขภาพและภาวะกลืนลำบากที่พบบ่อยในผู้ป่วยต่อผู้ป่วย ครอบครัวและคำรักษาพยาบาล 2) การจัดการภาวะกลืนลำบากของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยปัจจุบัน 3) ความจำเป็นของการมีแนวปฏิบัติเพื่อประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วย 2. สืบค้นปัญหาการกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองงานวิจัย บทความวิชาการ ตำรา และสื่อทางอินเทอร์เน็ตต่างๆ 3. สรุปประเด็นปัญหาเพื่อนำสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
<p>2. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (1 เดือน)</p>	<p>ทีมพยาบาลผู้พัฒนาแนวปฏิบัติร่วมสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารไทยและต่างประเทศจากฐานข้อมูล Academic Search Ultimate, CINAHL Complete, ClinicalKey, Sage Journals, Springer Link, ScienceDirect, NCX, Nursing Reference Centre Plus, Scopus 2. สืบค้นโดยใช้คำสำคัญ ได้แก่ stroke guideline and dysphagia, elderly and dysphagia and stroke, elderly and dysphagia and assessment, elderly and dysphagia and stroke and nursing practice โดยใช้ PICO เป็นหลักการสืบค้น (National Library of Medicine, 2024) ดังนี้ <p style="margin-left: 20px;">P (population) หมายถึงผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p style="margin-left: 20px;">I (intervention) หมายถึงการประเมินภาวะกลืนลำบากของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p style="margin-left: 20px;">C (comparison intervention) หมายถึงการเปรียบเทียบผลการประเมินภาวะกลืนลำบากของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง แต่สำหรับงานวิจัยนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ</p> <p style="margin-left: 20px;">O (outcome) หมายถึงภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล และประสิทธิภาพของแบบประเมินภาวะกลืนลำบากในการป้องกันการสำลัก ได้แก่ ค่าความไวและความจำเพาะ</p> 3. ประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่สืบค้นด้วยหลักการวิเคราะห์และประเมินงานวิจัยในคลินิก (critical appraisal) โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยกึ่งทดลอง (Phokhwang et al., 2019) 4. สรุปงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมดลงในตาราง ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง ปีที่พิมพ์ วัตถุประสงค์ รูปแบบงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ผลวิจัยและข้อเสนอแนะ



Development of Nursing Guidelines for Assessing Dysphagia
in Elders with Stroke
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
(ต่อ)

ขั้นตอนพัฒนา	กิจกรรม
	<p>5. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยนำข้อสรุปของผลการวิจัยที่สืบค้นร่วมกับการอภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปมาพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ</p> <p>6. นำแนวปฏิบัติที่พัฒนาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบประสาท นักกายภาพบำบัดและพยาบาลผู้มีความรู้ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติด้วยเครื่องมือ AGREE II หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ</p>
3. ทดลองใช้แนวปฏิบัติ (6 เดือน)	<p>ทีมพยาบาลผู้พัฒนาแนวปฏิบัติทดลองใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยมีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ฝึกอบรมทีมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติและเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา ติดตามการปฏิบัติงานทุก 1 เดือนเป็นเวลา 6 เดือน 2. ทดลองใช้แนวปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 34 คนในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง โดยผู้วิจัยควบคุมกำกับให้มีการใช้ในทุกข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติให้ครบถ้วน 3. ให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นผู้ประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติเมื่อครบกำหนด 6 เดือน โดยใช้แบบสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับความเป็นไปได้และผลลัพธ์ผู้ป่วยและประเมินแบบแสดงความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติเมื่อมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้แล้ว
4. นำเสนอผลลัพธ์ (1 เดือน)	<p>ผู้วิจัยนำเสนอผลการพัฒนาแนวปฏิบัติและผลลัพธ์ผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลและทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลกรณีศึกษาเพื่อนำสู่การปฏิบัติจริงต่อไป</p>

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ความเป็นไปได้ และความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ จากข้อเสนอแนะที่ได้จากแบบสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ และความคิดเห็นในการใช้แนวปฏิบัติสำหรับประเมินการกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ: พยาบาลจำนวน 10 คน ร้อยละ 80 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 28-40 ปี (เฉลี่ย 32.8 ปี) ร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 30 จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 80 ปฏิบัติงาน 5-17 ปี (เฉลี่ย 11.2 ปี) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 70 และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการร้อยละ 30

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ: พยาบาลจำนวน 10 คน ร้อยละ 90 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 24-37 ปี (เฉลี่ย 28.9 ปี) ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 20 จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 80 ปฏิบัติงาน 1-13 ปี (เฉลี่ย 6.8 ปี) ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 80 และพยาบาลวิชาชีพ



Development of Nursing Guidelines for Assessing Dysphagia
in Elders with Stroke
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชำนานุกรมร้อยละ 20

3. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง: ผู้ป่วยจำนวน 34 คน ร้อยละ 57.35 เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 62-79 ปี (เฉลี่ย 68.72 ปี) ร้อยละ 74.71 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ผู้ดูแลหลักร้อยละ 86.47 เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ระยะเวลาของการเป็นโรค 1 เดือน-6 เดือน (เฉลี่ย 3.71 เดือน) คะแนน NIHSS เฉลี่ย 7.81 และคะแนน GCS ทุกคน 16 คะแนน อาการสำคัญที่นำส่งโรงพยาบาล ร้อยละ 86.18 มีอาการกลืนลำบาก ร้อยละ 74.71 ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ร้อยละ 55 แขนขาอ่อนแรง ร้อยละ 9.12 ปวดศีรษะ และร้อยละ 100 เป็นโรคความดันโลหิตสูง

4. ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติสำหรับประเมินภาวะกลืนลำบาก: พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติร้อยละ 100 ประเมินว่าทุกขั้นตอนของแนวปฏิบัติ เริ่มตั้งแต่การพยาบาลผู้ป่วยแรกเริ่ม การทดสอบการกลืนอาหารแข็ง การทดสอบการกลืนอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว และการทดสอบการกลืนอาหารเหลวตามลำดับนั้นมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ข้อมูลสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาคือการให้พยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบประเมินภาวะกลืนลำบาก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อวางแผนการพยาบาลในการป้องกันการสำลักซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคปอดอักเสบ ขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

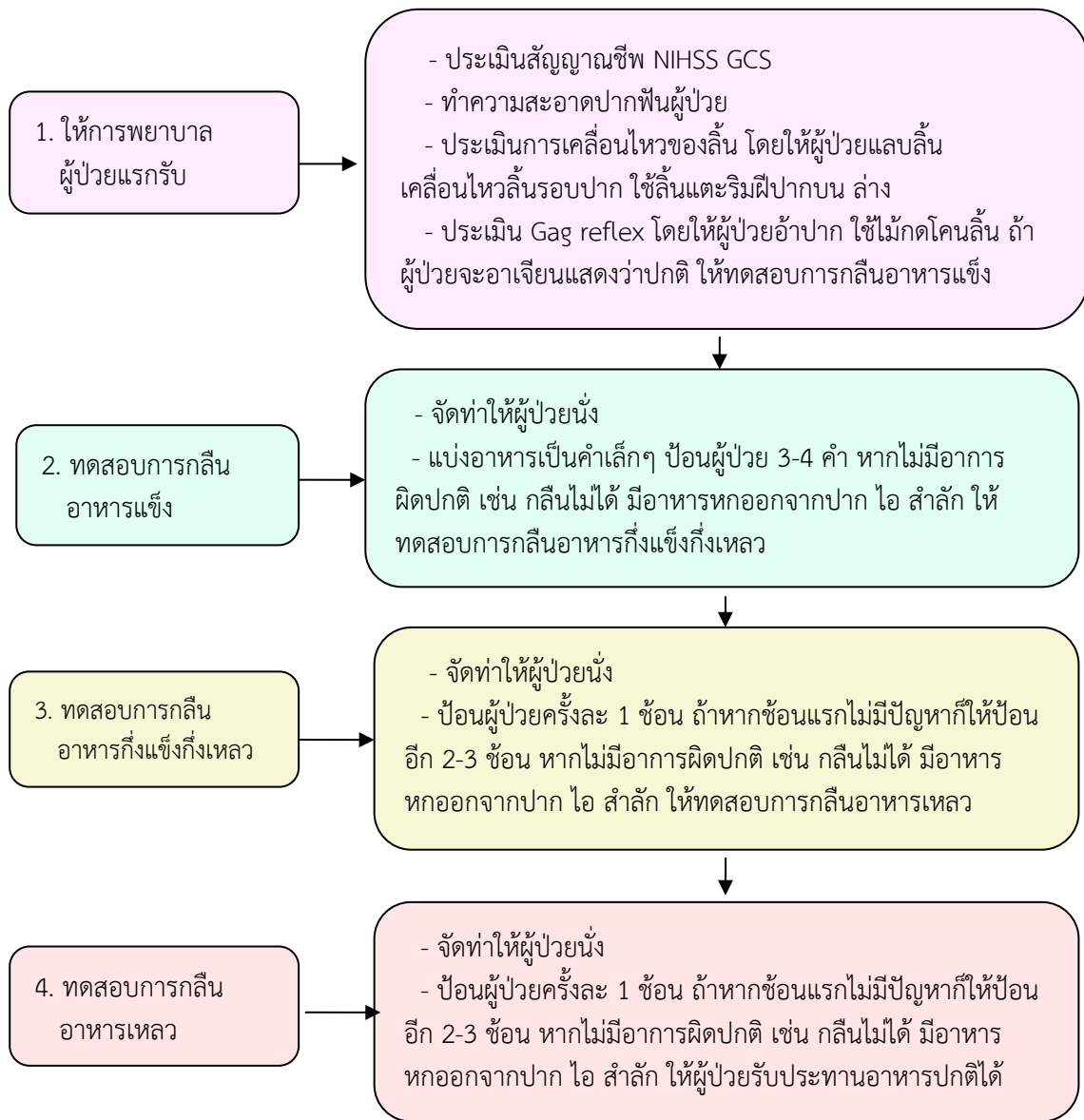
5. ผลลัพธ์ผู้ป่วยในการใช้แนวปฏิบัติสำหรับประเมินภาวะกลืนลำบาก: ผู้ป่วยร้อยละ 100 ไม่เกิดการสำลัก และการติดเชื้อที่ปอดระหว่างการทดสอบการกลืนอาหารแข็ง การทดสอบการกลืนอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว และการทดสอบการกลืนอาหารเหลว มีผู้ป่วย 2 คนมีอาการไอมีเสมหะ แต่ไม่มีไข้และผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อแบคทีเรีย

6. ความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติสำหรับประเมินการกลืนลำบากในผู้ป่วย: พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 100 ประเมินว่าแนวปฏิบัติมีความง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ชัดเจนเข้าใจง่าย เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหอผู้ป่วย มีประโยชน์ต่อการประกันคุณภาพโรงพยาบาล และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับ 3 (เห็นด้วยอย่างมาก) ข้อมูลสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาการที่แนวปฏิบัติมีความสำคัญและจำเป็นที่จะนำมาใช้ในหอผู้ป่วย ขั้นตอนการประเมินที่ไม่มากช่วยเพิ่มความง่ายต่อการปฏิบัติ

7. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติ: ได้แนวปฏิบัติประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มี 4 ขั้นตอน: ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยแรกเริ่ม 2) ทดสอบการกลืนอาหารแข็ง เช่น ขนมปังกรอบชิ้นเล็ก ๆ คุกกี้ ข้าวสวยคำเล็ก ๆ ผลไม้ชิ้นเล็ก ๆ 3) ทดสอบการกลืนอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว เช่น ข้าวต้มและๆ ฟักทองบด โจ๊กข้นๆ และ 4) ทดสอบการกลืนอาหารเหลว เช่น น้ำซूप น้ำข้าวต้ม นม น้ำผลไม้ น้ำดื่ม (ภาพที่ 2) แนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบประสาท นักกายภาพบำบัดและพยาบาลผู้มีส่วนการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติด้วยเครื่องมือ AGREE II คะแนนรวมคิดเป็นร้อยละ 84.23 หมายเหตุ 6 หมายเหตุ ได้แก่ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ร้อยละ 85.22, 2) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องร้อยละ 82.44, 3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 88.69, 4) ความชัดเจนและการนำเสนอร้อยละ 86.61, 5) การประยุกต์ใช้ร้อยละ 87.64, และ 6) ความเป็นอิสระของทีมจัดทำแนวปฏิบัติร้อยละ 90.77 และคุณภาพงานวิจัยที่นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติซึ่งประเมินด้วยแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 9 ข้อของ วิริยา โพธิ์ขวาง และคณะ (Phokhwang et al., 2019) อยู่ในระดับเชื่อถือได้



Development of Nursing Guidelines for Assessing Dysphagia
in Elders with Stroke
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การอภิปรายผล

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลครั้งนี้ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองเกี่ยวกับแบบ ประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีคุณภาพในระดับน่าเชื่อถือและมีความทันสมัย ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้จึงมีความเหมาะสมกับการประเมินภาวะกลืนลำบากของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับขั้นตอนการทดสอบการกลืนจะเริ่มจากการกลืนอาหารแข็ง อาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว และอาหารเหลว เป็นขั้นตอนสุดท้าย อธิบายได้ว่าอาหารที่ใช้ทดสอบจะเริ่มจากอาหารที่ผู้สูงอายุกลืนได้จากง่ายไปยาก โดยความ หนืดข้นของอาหารจะเรียงจากมากไปน้อย ดังนั้นอาหารเหลว เช่น น้ำหรือน้ำซุพที่มีความหนืดข้นน้อยที่สุดและ กลืนยากที่สุดจึงถูกนำมาทดสอบการกลืนในขั้นตอนสุดท้าย หากไม่มีอาการผิดปกติ เช่น กลืนไม่ได้ มีอาหารไหล ออกจากปาก ไอ สำลัก ก็พิจารณาให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารปกติได้ ซึ่งการนำอาหารเหลวมาทดสอบการกลืน ในขั้นตอนสุดท้ายจะลดความเสี่ยงการสำลักขณะให้ผู้สูงอายุทดสอบการกลืนได้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีอาการชาหรือ



Development of Nursing Guidelines for Assessing Dysphagia in Elders with Stroke การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบาก ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

อ่อนแรงใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งทำให้มุมปากตก ปากเบี้ยว อมน้ำไม่อยู่ สอดคล้องกับขั้นตอนการประเมินการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติที่เรียงจากอาหารที่กลืนง่ายไปหายาก (Khositamongkol & Khamkon, 2024) และขั้นตอนการทดสอบการกลืนนี้สอดคล้องกับการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ ธิม และคณะ (Thiem et al., 2023) ที่พบว่า การทดสอบการกลืนซ้ำหลายครั้งด้วยอาหารที่มีความหนืดชั้นแตกต่างกันช่วยเพิ่มความแม่นยำของแบบประเมินมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของวารภรณ์ ถิ่นจะนะ (Thinchana, 2020) ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการทดสอบการกลืนด้วยน้ำมีอาการไอและสำลักมากกว่าการทดสอบด้วยอาหารที่มีความหนืดชั้นมากกว่า

แนวปฏิบัตินี้ได้รับการยอมรับจากทีมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติว่า สามารถประเมินการกลืนและป้องกันปัญหาการสำลักของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ ขั้นตอนการประเมินไม่ยุ่งยาก ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการสำลักระหว่างประเมิน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมฟื้นฟูการกลืนช่วยส่งเสริมการกลืนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก สามารถปฏิบัติได้ง่ายโดยไม่ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ยุ่งยาก ซับซ้อน (Jiang et al., 2023; Moolkaew et al., 2016; Namwong et al., 2018; Thummapok, 2024) นอกจากนี้ทีมพยาบาลผู้พัฒนาแนวปฏิบัติมีความเห็นว่าแนวปฏิบัตินี้ช่วยในการปรับปรุงระบบการให้บริการผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานดียิ่งขึ้น

การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากความร่วมมือของทีมนักพยาบาลผู้พัฒนาแนวปฏิบัติและทีมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาตามกรอบแนวคิดมีความเข้มแข็ง เห็นได้จากการร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิก การร่วมประเมินงานวิจัยที่นำมาใช้ในการจัดทำร่างแนวปฏิบัติ ตลอดจนการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงกระบวนการดังกล่าวเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของโดยให้พยาบาลผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้าร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติด้วยตนเอง ตลอดจนหอบุคลากรที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้มีความพร้อมและเอื้ออำนวยต่อการดำเนินการวิจัย ไม่พบปัญหาหรืออุปสรรค

การเลือกกรอบแนวคิดที่เหมาะสม ได้แก่ โมเดลการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Soukup, 2000) ช่วยกำหนดขั้นตอนการพัฒนาอย่างมีระบบ การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิช่วยให้แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้มากขึ้น การนำแนวปฏิบัติไปทดลองนำร่องกับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยที่ศึกษา ทำให้ได้ข้อมูลของการปฏิบัติที่ชัดเจนนำไปสู่การมองเห็นความเป็นไปได้ รวมทั้งข้อบกพร่องที่สามารถนำมาปรับปรุงแก้ไข

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ไปใช้ประเมินภาวะกลืนลำบากเพื่อป้องกันการสำลัก ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อที่ปอด
2. ควรมีการอบรมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติก่อนให้บริการผู้ป่วย
3. ส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ในบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้
2. ควรศึกษาการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการปฏิบัติจริงโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบน่านโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Implementation research)



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากเงินรายได้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีงบประมาณ 2564 สัญญาเลขที่ 198/2564

References

- ACLS Medical Training. (2024). *The NIH stroke scale*. <https://www.aclsmedicaltraining.com/nih-stroke-scale>
- AGREE Next Steps Consortium. (2017). *The AGREE II Instrument* [Electronic version].
<http://www.agreetrust.org>
- Boaden, E., Burnell, J., Hives, L., Dey, P., Clegg, A., Lyons, M. W., Lightbody, C. E., Hurley, M. A., Roddam, H., McInnes, E., Alexandrov, A., & Watkins, C. L. (2021). Screening for aspiration risk associated with dysphagia in acute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD012679. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012679>
- Boonyawat, C. (2024). *Dysphagia in the elderly*. <https://pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=2281>
(in Thai)
- Buaniam, K. (2021). Effects of a nursing program development in ischemic stroke patients with dysphagia on aspiration pneumonia prevention at stroke unit, Phatthalung Hospital. *Health Science Journal of Thailand*, 3(1), 74-87. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/HSJT/article/view/249023/170192> (in Thai)
- Chen, P. C., Chuang, C. H., Leong, C. P., Guo, S. E., & Hsin, Y. J. (2016). Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of the water swallow test for screening aspiration in stroke patients. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2575-2586.
<https://doi.org/10.1111/jan.13013>
- Gray, J. R., & Grove, S. K. (2020). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). Elsevier.
- Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde. (2024). *Glasgow Coma Scale: Do it this way*. <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-English.pdf?v=3>
- Jangtong, R. (2021). Nursing care in stroke patient with dysphagia: Comparative case study. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi*, 4(1), 55-73. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/256716/174691> (in Thai)
- Jiang, L., Zhang, W, Qian, L., & Wang, C. (2023). Clinical practice guideline appraisal and algorithm development to identify recommendations related to nursing practice for post-stroke dysphagia. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17-18), 6089-6100.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16737>
- Khositamongkol, S., & Khamkon, A. (2024). *Neurological examination II: Swallowing assessment*. Faculty of Nursing, Mahidol University. https://ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/km_Nervous_system2.html (in Thai)



Development of Nursing Guidelines for Assessing Dysphagia
in Elders with Stroke
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

- Kummarg, U., Mamom, J., & Thongbupa, S. (2022). The effects of oral liquid toothbrush innovation on oral hygiene aspiration and incidence of aspiration pneumonia among stroke patients with dysphagia. *Thammasat University Hospital Journal Online*, 7(3), 41-57. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TUHJ/article/view/258718/178056> (in Thai)
- Kumluang, S., Wu, O., Langhorne, P., & Geue, C. (2023). Stroke resource utilization and all-cause mortality in Thailand 2017–2020: A retrospective, cross-sectional study. *BMJ Open*, 13(6), e072259. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072259>
- Lidetu, T., Muluneh, E. K., & Wassie, G. T. (2023). Incidence and predictors of aspiration pneumonia among stroke patients in western Amhara region, North-West Ethiopia: A retrospective follow up study. *International Journal of General Medicine*, 16, 1303–1315. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S400420>
- Majavong, M. (2019). Stroke in the elderly. *Journal of Thai Stroke Society*, 18(1), 59-74. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jtss/article/view/187480/131726> (in Thai)
- Moolkaew, R., Soivong, P., & Chaiard, J. (2016). Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for dysphagia management among stroke patients. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 3(2), 44–57. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/120342/92387> (in Thai)
- Namwong, N., Sinsuphan, N., & Purisan, K. (2018). Effective of swallowing rehabilitation program on swallowing ability in stroke patient with dysphagia. *College of Asian Scholars Journal*, 8(Special Issue), 251-261. <https://casjournal.cas.ac.th/detiajournal.php?id=680&position3=&position=8>
- National Library of Medicine. (2024). *Develop a clinical question: Using PICO to frame Clinical Questions*. <https://www.nlm.nih.gov>
- Nuntharuksa, C., Kittipanya-ngam, P., & Wattanapan, P. (2021). Dysphagia knowledge of stroke patients with dysphagia. *Srinagarind Medical Journal*, 36(3), 328-332. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/251212/171762> (in Thai)
- Phokhwang, W., Champat, C., Ngamwongwiwat, B., Wongsawang, N., & Panawatthanapisuit, S. (2019). Research quality, assessment, nursing, and health. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 25(2), 194-212. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/233401/160243> (in Thai)
- Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309. [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(22\)02468-9](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)02468-9)
- Strategy and Planning Division. (2023). *Report on the evaluation results of the Ministry of Public Health operational plan towards excellence, fiscal year 2023*. <https://ops.moph.go.th/public/download/document/c7a1563d35d8bc48089c472ac52e7bfe.pdf> (in Thai)



Development of Nursing Guidelines for Assessing Dysphagia
in Elders with Stroke
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการประเมินภาวะกลืนลำบาก
ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

- Thiamkao, S. (2022). Incidence of stroke in Thailand. *Thai Journal of Neurology*, 39(2), 39-46. http://neurothai.org/images/journal/2023/vol39_no2/06%20Original%20Somsak%20Ubatkarn.pdf (in Thai)
- Thiem, U., Jäger, M., Stege, H., & Wirth, R. (2023). Diagnostic accuracy of the ‘Dysphagia Screening Tool for Geriatric Patients’ (DSTG) compared to Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) for assessing dysphagia in hospitalized geriatric patients – a diagnostic study. *BMC Geriatrics*, 23(1), 856. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04516-7>
- Thinchana, W. (2020). The effect of using a program to prevent aspiration in stroke patients with dysphagia at the Kumphawapi Hospital, Udonthani Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 2(1), 5-19. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/245222/166699> (in Thai)
- Thummapok, O. (2024). Effects of using a nursing practice guideline for the manage dysphagia of acute stroke patients, intensive care unit 1, Lamphun Hospital. *Research and Development Health System Journal*, 17(1), 224-237. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/266413/182683> (in Thai)



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities*

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม
ต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน*

ศุภวรรณ	ภาหาญ**	Supawan	Luehan**
รังสิยา	นารินทร์***	Rangsiya	Narin***
นพมาศ	ศรีเพชรวรรณดี****	Noppamas	Sripetwandee****

Abstract

Health Literacy is an important outcome factor of elderly health behaviors; thus, enhancing health literacy is necessary. This quasi-experimental research study, with a two-group pretest-posttest design, aimed to study the effect of a program for enhancing health literacy for fall prevention on practices of recurrent fall prevention of the elderly in communities, developed from the health literacy concept by Don Nutbeam. The participants were 50 elderly persons who had a history of falling at least once per year, recruited using purposive sampling, and assigned to an experimental group (n = 25) or a control group (n = 25). The research instruments consisted of 1) an 8-week program for enhancing health literacy for fall prevention on practices of recurrent fall prevention; 2) media and a guidebook on health literacy for fall prevention; and 3) an interview questionnaire on the practices of recurrent fall prevention among the elderly in the community, which was examined for content validity by six experts, demonstrating a content validity index of .97 and a Cronbach's alpha coefficient of confidence of .75. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test, and independent t-test.

The results revealed that the experimental group had higher mean scores for practices of recurrent fall prevention (M = 31.00, SD = 1.15, $p < 0.001$) than before receiving the program (M = 22.20, SD = 5.19) and higher scores than those of the control group (M = 22.44, SD = 6.70), with statistical significance ($p < 0.001$).

The results from this research revealed that community nurse practitioners and healthcare teams can apply the health literacy enhancement program as a guideline for promoting health literacy and effective practices in preventing recurrence of falls among the elderly in communities.

Keywords: Enhancing health literacy; Fall prevention; Practices of recurrent fall prevention; Elderly; Community

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: Supawan_Luehan@cmu.ac.th

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 18 July 2023; Revised 13 November 2023; Accepted 15 November 2023



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม
ต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดของ ดอน นัทปีม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มมากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ 2) สื่อและคู่มือเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ และ 3) แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .97 และค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ ($M = 31.00, SD = 1.15, p < 0.001$) สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม ($M = 22.20, SD = 5.19, p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 22.44, SD = 6.70$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลจากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพได้

คำสำคัญ: การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันการหกล้ม การปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ ผู้สูงอายุ ชุมชน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: Supawan_Luehan@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 18 กรกฎาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 13 พฤศจิกายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 15 พฤศจิกายน 2566



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม ต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2021) ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเข้าใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วยสาเหตุเกิดจากการหกล้มสูงถึงวันละ 140 ครั้ง หรือประมาณ 50,000 ครั้งต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยสูงถึงวันละ 4 คน (Department of Older Persons, 2021) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประสบการณ์การหกล้มถึงร้อยละ 68.62 เกิดขึ้นมากที่สุด คือ ในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา (Santwanpas et al., 2019) ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มในครั้งแรกมักมีการหกล้มซ้ำ (recurrent falls) มากกว่าร้อยละ 50 หรือมีการหกล้มมากกว่า 1 ครั้งในระยะเวลา 1 ปี ความถี่ของการหกล้มซ้ำยังเพิ่มขึ้นตามอายุ พยาธิสภาพร่างกายและระดับความเสื่อมโทรมทางร่างกายของผู้สูงอายุ (Jehu et al., 2021)

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ผู้สูงอายุทั่วประเทศมีจำนวนครั้งที่หกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 2.3 ครั้ง เพศหญิงมีการหกล้มเฉลี่ย 2.5 ครั้ง มากกว่าเพศชาย ที่มีจำนวนครั้งการหกล้มเฉลี่ย 2.2 ครั้ง (Aekplakorn, 2021) ซึ่งการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุทำให้มีความเสี่ยงต่อการพิการและการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้มและผู้ที่ยกหกล้มเพียงครั้งเดียว (Jehu et al., 2021) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตลอดจนภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแล ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคมที่ต่อเนื่อง ดังนั้น การป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุจึงเป็นความท้าทายของบุคลากรสาธารณสุข

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มซ้ำที่เหมาะสม ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัย ตลอดจนการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลจากช่องทางต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์ จนเกิดการตัดสินใจ นำแนวทางนั้นมาปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ซึ่งทักษะความสามารถดังกล่าว มีความสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ 3) การสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การตัดสินใจ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุ พบว่า มีการศึกษาที่หลากหลายโดยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม ด้านการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารและการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง และความรู้ด้านสุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับการหกล้มและพฤติกรรมป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Kittipimpanon & Krithaworn, 2021) และจากการศึกษาของ สุรีย์ สิมพลี และ พรรณี บัญชรหัตถกิจ (Simplee & Banchonhattakit, 2019) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลพบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในด้านต่าง ๆ มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการหกล้ม มีระดับความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่า แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) สามารถนำมาใช้ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดทักษะใหม่ ๆ ที่จำเป็น และให้ผลลัพธ์ในทางที่ดีในการปฏิบัติป้องกันการหกล้มซ้ำ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Institute of Geriatric Medicine Department of Medical Services Ministry of Public Health, 2019) และ US Preventive Services Task Force และคณะ (2018) ได้เสนอแนวปฏิบัติที่สามารถป้องกันการหกล้มที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีในระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เน้นการทรงตัว การเดินและเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ สามารถลดการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาก่อนได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการออกกำลังกายแบบโอทาโก ซึ่งประกอบด้วยท่าทางการออกกำลังกายที่เน้นการทรงตัว และการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจำนวน 34 ท่า เป็นท่าทางแบบง่าย 16 ท่า และแบบยากจำนวน 18 ท่า ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการ



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม ต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

ออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ในประเทศนิวซีแลนด์ และให้ผลลัพธ์ในการเพิ่มความสมดุลของร่างกาย และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Campbell & Robertson, 2003)

สำหรับประเทศไทย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2016) ได้เสนอแนะให้นำท่าทางการออกกำลังกายแบบโอทาโทแบบง่าย จำนวน 10 ท่า มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุที่บ้าน ร่วมกับการเลือกสวมรองเท้าที่เหมาะสม มีขนาดพอดี มีดอกยางกันลื่น เพื่อช่วยทำให้การเดินและการทรงตัวได้ดี (Kumkwan et al., 2018) รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในบ้าน ให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ จัดวางของให้เป็นระเบียบเรียบร้อย จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำลงได้ (Rodseeda, 2018) ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มซ้ำ จะสามารถปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำทั้งในด้านการออกกำลังกาย มีการเลือกสวมรองเท้าที่เหมาะสมและมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในบ้าน จะเป็นการป้องกันการหกล้มซ้ำที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตในปัจจุบัน

จากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาป้องกันในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้มมาก่อน และยังขาดการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาก่อน ซึ่งหากมีการหกล้มซ้ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการและการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้ม นอกจากนี้ การศึกษาส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาในบริบทผู้สูงอายุในภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ของประเทศไทย มีการศึกษาค่อนข้างน้อยในบริบทของพื้นที่ภาคเหนือ ที่มีความแตกต่างกับภาคอื่น ๆ ทั้งวิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม ดังเช่น การสวมใส่ผ้าขึ้นหรือผ้าถุง การสวมใส่รองเท้าแตะ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโอกาสในการหกล้มซ้ำได้ (Janpeng et al., 2021) นอกจากนี้ ในการส่งเสริมการป้องกันการหกล้มซ้ำ ผู้สูงอายุในชุมชน ตามกรอบนโยบายและการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่เน้นการสอนสุขศึกษา ร่วมกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย ยังขาดการผสมผสานในเรื่องการส่งเสริมการสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในบ้าน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงสนใจที่จะนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการหกล้มต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาก่อนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมุ่งพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ ทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันการหกล้มซ้ำที่เหมาะสม เพิ่มพูนความรู้ และสร้างความเข้าใจสื่อสารในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติป้องกันการหกล้มซ้ำ สามารถจัดการตนเองและตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำได้ นอกจากนี้ยังสามารถถ่ายทอดความรู้การปฏิบัติตัวการป้องกันการหกล้มที่ตนเองมีสู่ผู้สูงอายุอื่นได้ จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนในด้านการปฏิบัติป้องกันการหกล้มซ้ำ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องกับบริบทของชุมชนในภาคเหนือ เพื่อเป็นการส่งเสริมและป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชนที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม ต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม
2. คะแนนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการหกล้มต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) เพื่อส่งเสริมทักษะการค้นหาข้อมูล ตรวจสอบและเข้าถึงการบริการในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ 2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ และนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง 3) การสื่อสาร (Communication skill) โดยส่งเสริมทักษะการสื่อสารโดยใช้คำถาม (Ask me 3) เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ 4) การจัดการตนเอง (Self-management skill) เพื่อส่งเสริมทักษะการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ 5) การตัดสินใจ (Decision skill) เพื่อส่งเสริมทักษะการประเมินปัญหา กำหนดทางเลือกในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) เพื่อส่งเสริมทักษะการเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ โดยเน้นการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำในด้านการออกกำลังกาย การเลือกสวมรองเท้าที่เหมาะสม และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในบ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติป้องกันการหกล้มซ้ำได้อย่างถูกต้องและมีการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบสองกลุ่ม และวัดผลก่อนหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน และอาศัยอยู่จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เพศชายและเพศหญิง ที่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน และอาศัยอยู่จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยคัดเลือกอำเภอกจาก 24 อำเภอ โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้อำเภอสารภี จากนั้นจับฉลากแบบสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) เพื่อเลือก 2 ตำบล จาก 12 ตำบลของอำเภอสารภี ได้ตำบลป่าบง เป็นกลุ่มทดลอง และตำบลชมพู เป็นกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์รับสมัครอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมโครงการผ่านเสียงตามสายของ ตำบลป่าบงและตำบลชมพู ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละตำบลช่วยประชาสัมพันธ์ โดยประกาศรับสมัครอาสาสมัครก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 สัปดาห์ และรับสมัครอาสาสมัครจนครบจำนวนที่ต้องการ หลังจากนั้นผู้วิจัยประชาสัมพันธ์การปิดรับสมัครอีกครั้ง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากการศึกษาของ ปรีดา สารลักษณ์ และ วรรัตน์ ทิพย์รัตน์ (Salalux & Tiparat, 2022) ซึ่งคำนวณค่า Effect Size เท่ากับ 0.80 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ 0.80 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G * Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 21 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหาย (Attrition rate) ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Burns &



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม
ต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

Grove, 2009) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกตามเกณฑ์และคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติสูญเสียการทรงตัวจนส่งผลให้ร่างกายทรุดตัวลงกระทบกับพื้น หรือระดับที่ต่ำกว่า และมีประวัติสูญเสียการทรงตัวมากกว่า 1 ครั้ง ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นการหกล้มที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล หรือไม่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และร่างกายอาจได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับการบาดเจ็บ

2. ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวโดยไม่มีอาการกำเริบของโรค

3. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินดัชนีบาร์เทิลแอล (Barthel ADL Index: BAI) ได้ค่าคะแนน มากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป

4. มีผลการประเมินความจำ การรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิดคำนวณ การมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งหนึ่ง และการคิดตัดสินใจ จากแบบประเมินภาวะการรับรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMsQ) ได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป

5. มีอุปกรณ์สื่อสาร (Smart devices) เช่น โทรศัพท์มือถือ (Smart phone) หรือแท็บเล็ต (Tablet) ที่สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ สามารถใช้อุปกรณ์ในการค้นหาข้อมูลได้ และสามารถใช้อุปกรณ์ในการค้นหาข้อมูลได้ด้วยตนเอง

6. สามารถสื่อสารด้วยการอ่าน การพูดและฟังภาษาไทยได้

เกณฑ์การยุติจากงานวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้ครบทุกขั้นตอนตลอดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) แบบประเมินประกอบด้วย 10 หมวด ได้แก่ 1) หมวดรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) หมวดการล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) หมวดการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) หมวดการใช้ห้องน้ำ 5) หมวดการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) หมวดการสวมใส่เสื้อผ้า 7) หมวดการขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) หมวดการอาบน้ำ 9) หมวดการกลั่นกรองถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 10) หมวดการกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคะแนนรวมเต็ม 20 คะแนน หากผู้สูงอายุมีคะแนนรวมมากกว่าเท่ากับ 12 คะแนน ถือว่าไม่เป็นภาวะการพึ่งพาผู้อื่น

1.2 แบบประเมินภาวะการรับรู้คิดฉบับสั้น (SPMSQ) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล และการคิดคำนวณ โดยมีคะแนนข้อละ 1 คะแนน ต้องตอบถูกต้องได้อย่างน้อย 8 ใน 10 ข้อ จึงถือว่ามีการรับรู้ปกติ

1.3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว

1.4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากกรอบทฤษฎีการหกล้มที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถาม 20 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 10 ข้อ การเลือกสวมรองเท้าที่เหมาะสม 5 ข้อ และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในบ้าน 5 ข้อ ให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) คือ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย เท่ากับ 0 คะแนน

แบบสัมภาษณ์ ได้นำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน และนักกายภาพบำบัด 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .97 และได้



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .75

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

2.1 โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) เป็นการส่งเสริมทักษะการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำจากอินเทอร์เน็ต

2) ทักษะทางปัญญา (Cognitive skill) เป็นการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ ผ่านสื่อ คู่มือการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ

3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) เป็นการพัฒนาทักษะการตั้งคำถามที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ การป้องกันการหกล้มซ้ำ โดยใช้คำถาม 3 ข้อ (ask me 3) การใช้ไลน์กลุ่มเพื่อซักถาม ตอบข้อสงสัย เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสาร

4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) กำหนดแผนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ การกระตุ้นติดตามให้เกิดการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยส่งรูปกิจกรรมการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มผ่านทางไลน์กลุ่ม

5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) สามารถวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย ของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำที่เหมาะสม จากสถานการณ์จำลองที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ และตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ

6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) เป็นทักษะการคิดวิเคราะห์สื่อโฆษณาชวนเชื่อ แหล่งข้อมูล ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติป้องกันการหกล้ม สามารถบอกต่อแนวปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำกับผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ ทั้งการออกกำลังกาย การเลือกสวมรองเท้าที่เหมาะสม และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในบ้าน

2.2 สื่อ Power Point ที่มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

2.3 คู่มือเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 2566-EXP023 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จากนั้นได้ดำเนินการขออนุญาตกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อผูกมัด ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมซึ่งไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ กรณีที่ยินดีเข้าร่วมโครงการให้ลงนามยินยอมในเอกสารที่ได้รับการชี้แจง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม ดำเนินกิจกรรม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตันทาว ตำบลชมพู จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน (Pre-test) จากนั้นนัดหมายกลุ่มตัวอย่างครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 8 (Post-test) และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างพร้อมกล่าวยุติการวิจัย



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม ต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

ระหว่างสัปดาห์ที่ 1-8 กลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มซ้ำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามวันและเวลาของคลินิกผู้สูงอายุที่จัดขึ้น

กลุ่มทดลอง ดำเนินกิจกรรม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีคำชมภู ตำบลป่าบาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน (Pre-test) จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มใน สัปดาห์ที่ 1-3 และกิจกรรมติดตามการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม ในสัปดาห์ที่ 4-8 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ (Access skill) (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ วิธีการค้นหาข้อมูล จำนวน 2 คน เป็นเพศชายและเพศหญิงอย่างละ 1 คน จากนั้น สรุปลักษณะของแหล่งข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่สามารถใช้ในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้วิจัยแนะนำวิธีการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม จาก 3 แหล่ง ได้แก่ คู่มือการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อินเทอร์เน็ต และพยาบาลหรือแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยนำเสนอและสาธิตวิธีการค้นหาข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต พร้อมสาธิตย้อนกลับเป็นรายบุคคลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเข้าถึงจากอินเทอร์เน็ต พร้อมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในวันที่ 2

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ (Cognitive skill) (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ ประกอบด้วย 3 เรื่อง ได้แก่ การออกกำลังกายแบบโอทาทโก การเลือกสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสม และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในบ้าน ตามคู่มือกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ความรู้และสาธิต โดยใช้สไลด์ (Power point) และแนะนำเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องจาก Youtube เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำไปทบทวน ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจโดยแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน จำนวน 5 กลุ่ม และให้แต่ละกลุ่มสาธิตย้อนกลับในแต่ละด้านของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำร่วมกับผู้วิจัย พร้อมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ถัดไป

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 ทักษะการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ (Communication skill) (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) ผู้วิจัยสอนวิธีการตั้งคำถามที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ โดยใช้คำถาม 3 ข้อ (ask me 3) ในแต่ละด้านของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วให้สมาชิกฝึกตั้งคำถาม โดยผู้วิจัยคอยช่วยเหลือและประเมินการใช้คำถามของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน จำนวน 5 กลุ่มฝึกตั้งคำถาม หลังจากนั้นส่งตัวแทนกลุ่มละ 1 คน ออกมาแสดงบทบาทสมมติเป็นผู้รับบริการที่ต้องซักถามคำถามกับบุคลากรทางสุขภาพ คือ ผู้วิจัย เพื่อขอคำแนะนำในแต่ละด้านของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ

กิจกรรมที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ (Self-Management) โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนแผนการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำลงในด้านหลังสมุดคู่มือเป็นรายบุคคล และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และมีการบันทึกทุกครั้งที่ได้ทำตามแผนการปฏิบัติ ในเรื่องการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ ผู้วิจัยตรวจสอบการจัดการตนเองผ่านทางไลน์แอฟพลิเคชัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนส่งรูปกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันการหกล้มผ่านทางไลน์ พร้อมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ถัดไป

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5 ทักษะการเลือกแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ (Decision skill) (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยจำลองสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ จำนวน 2 สถานการณ์ โดยมีสถานการณ์ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกแนวปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม
ต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

กิจกรรมที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ (Media literacy skill) ผู้วิจัยแนะนำแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือกับกลุ่มตัวอย่าง แหล่งข้อมูลจากกรมควบคุมโรค จากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ จากโรงพยาบาลต่าง ๆ อาทิ เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามธิบดี เป็นต้น ผู้วิจัยจำลองสถานการณ์เกี่ยวกับข่าวปลอมหรือเนื้อหาที่มีข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง แล้วให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปรายถึงข้อมูลที่ได้รับดังกล่าว ว่ามีความถูกต้องและน่าเชื่อถือเพียงใด โดยแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน จำนวน 5 กลุ่ม ในการทำกิจกรรม พร้อมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการติดตามการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำในสัปดาห์ที่ 4 และ 5

สัปดาห์ที่ 4-5 ติดตามการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ ผ่านทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 15 นาที ต่อคน และผู้วิจัยได้ทำการนัดหมายเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 คือ การเยี่ยมบ้าน และติดตามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มทางไลน์แอปพลิเคชัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างส่งรูปการปฏิบัติที่เหมาะสมมาส่งไลน์กลุ่มทุกสัปดาห์ เพื่อเป็นการติดตามความสม่ำเสมอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ พร้อมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อนัดหมายการเยี่ยมบ้าน

สัปดาห์ที่ 6-8 ติดตามการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ โดยการเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 30 นาที ต่อคน วันละ 5-6 รายต่อวัน

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน (Post Test) และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกล่าวยุติการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test ตามข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล วิเคราะห์คะแนนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคงอยู่ตลอดการวิจัย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 60-65 ปี ร้อยละ 44.00 อายุเฉลี่ย 66.56 (SD = 4.29) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 72.00 และส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.25 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุ 60-65 ปี และ 66-70 ปี เท่ากัน ร้อยละ 40.00 อายุเฉลี่ย 66.04 (SD = 4.34) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 64.00 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.25 เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 1



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ	Mean = 66.04, SD = 4.34		Mean = 66.56, SD = 4.29		1.00a
60-65	10	40.00	11	44.00	
66-70	10	40.00	10	40.00	
มากกว่า 70 ปี ขึ้นไป	5	20.00	4	16.00	
ระดับการศึกษา					0.771a
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	4.00	-	-	
ประถมศึกษา	19	76.00	19	76.00	
มัธยมศึกษาตอนต้น-ตอนปลาย	5	20.00	6	24.00	
รายได้ (บาทต่อเดือน)					0.558a
ไม่มีรายได้	4	16.00	4	16.00	
น้อยกว่า 5,000	16	64.00	18	72.00	
มากกว่า 5,001	5	20.00	3	12.00	
ประวัติโรคประจำตัว					1.000a
ไม่มี	9	36.00	9	36.00	
มี	16	64.00	16	64.00	
ความดันโลหิตสูง	5	31.25	3	18.75	
กระดูกและข้อ	3	18.75	-	-	
ไขมันในเลือดสูง	2	12.50	1	6.25	
โรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	6	37.50	12	75.00	

หมายเหตุ: a = Fisher's exact test

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม มีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

กลุ่มควบคุมมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) ดังตารางที่ 2



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม
ต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม (n = 50)

เวลา	คะแนนการปฏิบัติฯ ระหว่างกลุ่ม Mean(SD)		P-value*
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
ก่อนได้รับโปรแกรม	22.20(5.19)	22.04(6.85)	0.926
หลังได้รับโปรแกรม	31.00(1.15)	22.44(6.70)	<.001
p-value#	<0.001	0.005	

* Independent t-test

Pair sample t-test

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) สามารถส่งเสริมทักษะใหม่ให้ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาก่อนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้มีการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำดีขึ้น ตามโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ (Access skill)

ขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อยที่ผู้วิจัยส่งเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ โดยการแนะนำการเข้าเว็บไซต์ แหล่งข้อมูล และสื่อวีดิทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำที่เข้าถึงได้ง่าย ฝึกให้ค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตด้วยคำง่าย ๆ เช่น หกล้ม เป็นต้น จนสามารถค้นหาข้อมูลได้ด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการแนะนำการตรวจสอบความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำได้ด้วยตนเอง กิจกรรมนี้จึงมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดา สารลักษณ์ และ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ (Salalux & Tiparat, 2022) ที่กล่าวว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลมีความสำคัญ รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูล หากมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก จะทำให้ไม่ยอมรับข้อมูลนั้น และการศึกษาของ ณัฐกฤตา ศิริโสภณ (Sirisophon, 2018) ที่กล่าวว่า เทคโนโลยีในการเข้าถึงข้อมูลมีความสำคัญ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. ความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ (Cognitive skill)

ขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้นำเทคนิคการสอนแบบการสาธิตและสาธิตย้อนกลับมาใช้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ โดยการแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน เน้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มใน 3 เรื่อง ได้แก่ การออกกำลังกายแบบโอทาโก การเลือกสวมรองเท้าที่เหมาะสม และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในบ้าน อีกทั้งผู้วิจัยมีการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ทำให้บรรยากาศการเรียนรู้มีความน่าสนใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารณี ทองสัมฤทธิ์ และคณะ (Thongsumrit et al., 2022) ที่กล่าวว่า การใช้เทคนิคการสาธิตและสาธิตย้อนกลับมาประยุกต์ใช้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ป้องกันการหกล้มสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มของประชากรวัยสูงอายุในชุมชน

ต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

ทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ

3. การสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ (Communication skill)

ขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบคำถามที่สำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ฝึกฝนถามคำถามกันภายในกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมาแสดงบทบาทสมมติเป็นผู้รับบริการที่ต้องซักถามคำถามกับบุคลากรทางสุขภาพ คือ ผู้วิจัย เพื่อขอคำแนะนำในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ เพื่อเป็นการส่งเสริมทักษะการสื่อสาร พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ บุญเสถียร และ อรทัย เจริญทิพย์เสกุล (Boonsatean & Reantippayasakul, 2020) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีทักษะด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยเฉพาะปัญหาการมองเห็น การได้ยิน ความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร่วมกับอิทธิพลของวัฒนธรรมไทย และสิ่งแวดล้อมที่ล่อหลอมให้ผู้สูงอายุไทยปัจจุบันมีนิสัยประนีประนอมยอมตาม และให้ความเกรงใจ บุคลากรทางสุขภาพแม้จะรู้สึกขัดแย้ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการสื่อสารสองทางข้อมูลสุขภาพกับบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้น การส่งเสริมทักษะการตั้งคำถาม 3 ข้อ (ask me 3) จนผู้สูงอายุเกิดความชำนาญจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องและเหมาะสม

4. การจัดการตนเองในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ (Self-management)

ขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้วางแผนในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำลงในสมุดคู่มือ กำหนดแนวทาง และเป้าหมายในระยะสั้น เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำมีความเป็นไปได้ ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้เกิดการจัดการจัดการตนเองในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในด้านการออกกำลังกาย การเลือกสวมรองเท้าที่เหมาะสม และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในบ้านที่มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ แสนสุภา และ นเรศ กันธะวงศ์ (Sansupa & Kuntawong, 2021) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลได้เขียนสัญญา (commitment) จะเกิดแรงจูงใจในการดำเนินตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เกิดพันธะผูกพันกับเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม ดังจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างสามารถทำได้ด้วยตนเอง ส่วนการเลือกสวมรองเท้าที่เหมาะสม และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในบ้านซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อาจพบข้อจำกัดที่ต้องอาศัย บุตรหลานช่วยเหลือ ดังเช่น การเดินทางไปเลือกซื้อรองเท้าเพื่อปรับเปลี่ยนรองเท้าที่ใช้อยู่ประจำเป็นรองเท้าใหม่ที่มีดอกยาง หรือการสวมใส่รองเท้าผ้าใบแทนการใช้รองเท้าพลาสติก รวมทั้งการยกย้ายเฟอร์นิเจอร์เพื่อจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยภายในบ้าน เป็นต้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่สามารถปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำเป็นไปตามเป้าหมายได้ในระยะเวลาที่กำหนดได้

5. การเลือกแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ (Decision skill)

ขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อยที่ผู้วิจัยจำลองสถานการณ์ 2 สถานการณ์ในบริบทของผู้สูงอายุชุมชนภาคเหนือ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการวิเคราะห์ ข้อดี-ข้อเสีย และตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำตามสถานการณ์ดังกล่าว เพื่อเป็นการส่งเสริมทักษะการเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ และหากเลือกแนวทางที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลต่อผลลัพธ์และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิดา ลิ้มเริ่มสกุล และคณะ (Limrernsakul et al., 2022) ที่กล่าวว่า การฝึกทักษะให้ผู้สูงอายุได้ตัดสินใจแก้ปัญหาจากสถานการณ์ที่สร้างขึ้นจะส่งผลให้มีพฤติกรรมภาคปฏิบัติตนเองสูงขึ้น ทั้งก่อนได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม ต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

6. การรู้เท่าทันสื่อ ในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ (Media literacy skill)

ขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยแนะนำแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น กรมควบคุมโรค จากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลต่าง ๆ อาทิ เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ เป็นต้น และใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อจากข่าวลวง จากสื่อโฆษณา จากโซเชียลมีเดีย เป็นต้น รวมทั้งผู้วิจัยมีการกระตุ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และระดมความคิดเห็นถึงข้อมูลที่ได้รับดังกล่าวว่ามีความถูกต้องและน่าเชื่อถือเพียงใด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สามารถคัดกรองข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ มาใช้ในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ สิมพลี และ พรรณี บัญชรหัตถกิจ (Simplee & Banchonhattakit, 2019) ที่พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการรู้เท่าทันสื่อสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีการติดตามการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างส่งรูปการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งมีการติดตามทางโทรศัพท์ โดยผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ถึงกลุ่มตัวอย่าง ในสัปดาห์ที่ 4-5 ระยะเวลา 15 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลชนก เจริญวงษา และคณะ (Charoenwongsa et al., 2022) ที่พบว่า การใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพมาดา พชรปรกรณ์ศิลป์ และคณะ (Pacharapakornsini et al., 2021) ที่มีติดตามอาการทางโทรศัพท์ทำให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาดีขึ้น ซึ่งการติดตามการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำทางโทรศัพท์ของผู้วิจัยมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบันที่ส่วนใหญ่มีการใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารเป็นหลัก นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีการเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 6-8 เพื่อติดตามการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ สอบถามปัญหาอุปสรรค และตอบข้อซักถามหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ รวมทั้งให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการเยี่ยมบ้านเป็นการให้บริการเชิงรุกในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำที่ถูกต้องและสม่ำเสมอได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ จีรพันธ์ จันทรเป็ง และคณะ (Janpeng et al., 2021) ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม มีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในระหว่างการดำเนินการวิจัย กลุ่มควบคุมอาจมีการศึกษาด้วยตนเอง จากประสบการณ์ หรือข่าวสารผ่านสื่อช่องทางต่าง ๆ โดยเฉพาะในด้านการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการหกล้ม อีกทั้งขณะนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าตันทาว ได้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ที่อาจส่งผลให้กลุ่มควบคุมมีการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ ไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชนได้



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้มต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามผลในระยะ 1 ปี เพื่อประเมินผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม และอัตราอุบัติการณ์การหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน
2. ควรมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการประเมินความสามารถในการมองเห็นและการได้ยินของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากประสาทสัมผัสเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

References

- Aekplakorn, W. (2021). Report of the 6th Thai public health survey by physical examination, 2019-2020. In W. Aekpkakorn., H. Puckcharern., & W. Satheannoppakao (Eds.), *Elderly health* (7th ed., pp. 245-270). Aksorn graphic and design.
- Boonsatean, W., & Reantippayasakul, O. (2020). Health literacy: Situation and impacts on health status of the older adults. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 2(1), 1-19. (in Thai)
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Mosby.
- Campbell, A. J., & Robertson, M. C. (2003). *Otago exercise programme to prevent falls in older adults*. ACC Thinksafe.
- Charoenwongsa, K., Wirojratana, V., & Wattanakitkriear, D. (2022). The effect of a medication adherence promotion program through the line application on older persons with essential hypertension. *Nursing Journal CMU*, 49(2), 313-325. (in Thai)
- Department of Older Persons. (2021). *Falls in the elderly and accidents in the elderly to be aware for your loved ones*. Department of Older Persons.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2016). *Guidelines for preventing falls in the elderly*. <https://thaitgri.org/?p=36204>
- Institute of Geriatric Medicine Department of Medical Services Ministry of Public Health. (2019). *Guidelines for preventing falls in the elderly*. Sinthavee Printing.
- Janpeng, T., Narin, R., & Tuanrat, W. (2021). Effect of the family promoting program for self-management of older persons with knee osteoarthritis on fall prevention. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 36(1), 34-51. (in Thai)
- Jehu, D. A., Davis, J. C., Falck, R. S., Bennett, K. J., Tai, D., Souza, M. F., Cavalcante, B. R., Zhao, M., & Liu-Ambrose, T. (2021). Risk factors for recurrent falls in older adults: A systematic review with meta-analysis. *Maturitas*, 144, 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.10.021>
- Kittipimpanon, K., & Kraithaworn, P. (2021). Association between personal factors, health status, and health literacy about falling, with fall prevention behaviors among older adults living in the community. *Rama Nursing Journal*, 27(3), 331-342. (in Thai)
- Kumkwan, Y., Khumngeon, A., Wannalai, U., & Khatta, N. (2018). Home-based fall prevention guideline in Thai contexts for elderly people. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 28(3), 10-22. (in Thai)



Effect of a Health Literacy for Fall Prevention Enhancing Program on Practices of
Recurrent Fall Prevention Among the Elderly in Communities
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม
ต่อการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำของผู้สูงอายุในชุมชน

- Limrermasakul, S., Saneha, C., Wattanakitkriear, D., & Buranasupkajorn, P. (2022). Effects of a health literacy development program on self-care behaviors in the elderly with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(1), 84-98. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy*. <https://pdfs.semanticscholar.org/67ad/dc0e498d330bc75c949a72881d4490e3d3bd.pdf>
- Pacharapakornsin, P., Srichai., Wijit, W. A., & Singkaeo, D. (2021). The effects of a telephone intervention program on medical adherence among people with mental health problems. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 29(2), 95-104. (in Thai)
- Rodseeda, P. (2018). Fall prevention among the elderly living in a community: The nursing role in home health care. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 11(2), 15-25. (in Thai)
- Salalux, P., & Tiparat, W. (2022). The effects of enhancing health literacy program on health literacy and fall prevention behaviors among caregivers of older adults at risk in Trang municipality. *Journal of Nursing and Education*, 15(2), 1-13. (in Thai)
- Sansupa, K., & Kuntawong, N. (2021). Self-management: The skill of sustainable self-development. *Journal of Liberal Arts (WANG NANG LENG) Rajamangala University of Technology Phra Nakhon*, 1(1), 25-37. (in Thai)
- Santwanpas, N., Srijaranai, S., Radabutr, M., Pragodpol, P., Chawajaroenpan, W., & Waisurasong, L. (2019). The development of the health literacy on fall preventions for older people in Community Health Region 4. *Journal of the Police Nurses*, 11(1), 95-106. (in Thai)
- Simplee, S., & Banchonhattakit, P. (2019). Effects of health literacy promoting programs and exercise by applying Maneewach exercise for preventing fall in older adult in Buriram Province. *Journal of Health Education*, 42(2), 149-159. (in Thai)
- Sirisopon, N. (2018). The effectiveness of innovation that promoted fall prevention behavior among elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(19), 495-504. (in Thai)
- Thongsumrit, D., Meebunmak, Y., Kaewthong, W., & Khuntorn, S. (2022). Effect of prevention program for the prevention of repeated falls in the elderly in Watphleng District, Ratchaburi Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 2(1), 62-73. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHQJ/article/view/256706/175335> (in Thai)
- US Preventive Services Task Force., Grossman, D. C., Curry, S. J., Owens, D. K., Barry, M. J., Cughey, A. B., Davidson, K. W., Doubeni, C. A., Epling Jr, J. W., Kemper, A. R., Krist, A. H., Kubik, M., Landefeld, S., Mangione, C. M., Pignone, M., Silverstein, M., Simon, M. A., & Tseng, C. W. (2018). Interventions to prevent falls in community-dwelling older adults: US preventive services task force recommendation statement. *The Journal of the American Medical Association*, 319(16), 1696–1704. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.3097>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Falls fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers*
 ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับ
 ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*

กนกกาญจน์	กิมประสิทธิ์**	Kanokkan	Kimprasit**
ศิวพร	อึ้งวัฒนา***	Sivaporn	Aungwattana***
นพมาศ	ศรีเพชรวรรณดี****	Noppamas	Sripetchwandee****

Abstract

Experiential learning can promote correct actions. This quasi-experimental two-group pre-post measurement aimed to study the effects of an experiential learning program on home visiting practices for persons with hypertension among village health volunteers (VHVs). A total of 52 VHVs were divided into an experimental group and a control group, with 26 subjects per group. The subjects were selected according to the specified characteristics. The study employed Kolb's experiential learning theory implemented over 5 weeks, and incorporating PowerPoint materials, a home visit practice guide, information sheets, and a demonstration kit. Tools used for data collection included personal information questionnaires and a home visit practice questionnaire for persons with hypertension for the VHVs. The content validity (CVI) was 1, and reliability was .81. Descriptive statistics were used to analyze the personal data, and chi-square test, Fisher's exact test, paired t-test, and independent t-test were used to analyze mean scores between the two groups.

The results indicated that the experimental group had a higher mean score after receiving the program than before, with statistical significance ($p < .001$). Moreover, after receiving the program, the experimental group had a higher average score for performing home visiting than those who received normal service, with statistical significance ($p < .001$).

The results show that this program can be used to promote home visiting practices for persons with hypertension among village health volunteers.

Keywords: Experiential learning; Home visiting; Hypertension; Village health volunteers

*Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
 e-mail: sivaporn.a@cmu.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทคัดย่อ

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สามารถส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องได้ การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม ชนิดวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากกลุ่มตัวอย่าง อสม. ทั้งหมด 52 ราย แบ่งเป็น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ให้บริการตามปกติ กลุ่มละ 26 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ที่กำหนด เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนกิจกรรมในโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ โคลบ ระยะเวลา 5 สัปดาห์ สื่อการสอน PowerPoint และคู่มือเรื่องการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ใบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ชุดอุปกรณ์สาธิตการเยี่ยมบ้าน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงใน อสม. คำนวณความตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ 1 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน และเปรียบเทียบผลระหว่างสองกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบ chi-square test, Fisher exact test, paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน สูงกว่ากลุ่มที่ให้บริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

คำสำคัญ: การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ การเยี่ยมบ้าน ความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: sivaporn.a@cmu.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 28 กรกฎาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 24 ตุลาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 2 พฤศจิกายน 2566



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

งานเยี่ยมบ้านเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพเชิงรุก เพื่อให้เกิดความครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีเป้าหมาย คือ การมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Intahphuak & Tipwareerom, 2019) อีกทั้งการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่ทำให้สามารถค้นพบปัญหา ข้อจำกัดหรืออุปสรรคและสามารถออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสมได้ การเยี่ยมบ้านนั้นมีผลต่อผลลัพธ์ที่ดีด้านการดูแลตนเองและการควบคุมโรค ซึ่งแนวทางการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนนั้นไม่เพียงแต่เพิ่มคุณค่าของการจัดบริการ แต่ยังมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Kamlungdee et al., 2017) การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้านถือเป็นเครื่องมือสำคัญของการบริการในระดับปฐมภูมิ ช่วยให้ผู้ป่วยที่บ้านกลับสู่ภาวะสุขภาพดีและสามารถดูแลตนเองได้

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ครอบคลุมทุกมิติ มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการป่วย อัตราตาย และผลกระทบจากโรคเรื้อรัง การดำเนินงานเยี่ยมบ้านจึงเป็นการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยในชุมชนจะมีพยาบาลวิชาชีพผู้เป็นหัวหน้าทีมเยี่ยมบ้าน (Nursing Division, 2013) ประสานและวางแผนเพื่อให้การดำเนินงานเยี่ยมบ้านเกิดความครอบคลุม มีกลุ่มภาคีเครือข่าย เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน

อสม. ถือเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างครอบคลุม (Aiamnui, 2021) เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ในชุมชน ทำให้ทราบปัญหาและดำเนินการติดตามดูแลได้อย่างต่อเนื่อง (Kamlungdee et al., 2017) การเยี่ยมบ้านโดย อสม. จึงช่วยลดภาระของพยาบาล ทำให้ได้ไปเยี่ยมบ้านกลุ่มอื่นที่ต้องการการดูแลเฉพาะ มีเวลาในการเตรียมงานในชุมชนมากขึ้น (Petmaneechote et al., 2017) อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำสุขภาพ และคุณภาพชีวิต การแนะนำความรู้ ประสานงาน (Department Of Health Service Support, 2016) สามารถติดตามดูแล ให้ความรู้ ทักไข้ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรก มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ สามารถตรวจวัดความดันโลหิต ประเมินการรับประทานอาหาร ตรวจสอบการรับประทานยา ติดตามการออกกำลังกาย ภาวะเครียด และส่งต่อข้อมูลเชื่อมต่อกันระหว่างผู้ป่วยและสถานบริการ เป็นต้น (Department Of Health Service Support, 2016) จึงเห็นได้ว่าบทบาทหน้าที่ของ อสม. มีส่วนสำคัญในการช่วยดูแลผู้ป่วยในชุมชนเพื่อให้การดำเนินงานเยี่ยมบ้านมีความครอบคลุม

ปัจจุบัน ภาวะการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนมีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ถือเป็นบุคคลที่มีภาวะทางการแพทย์ที่ร้ายแรง เนื่องจากมีผลกระทบต่อเกิดการเกิดโรคของหัวใจ สมอง ไต และอวัยวะอื่น ๆ จากข้อมูลพบว่า ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมี 1.4 พันล้านคนทั่วโลก แต่มีเพียงร้อยละ 14 ของจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ (World Health Organization, 2021) ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คือ มีค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (World Health Organization, 2021)

ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2563 พบความชุกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 คิดเป็นประมาณ 13.8 ล้านคน และกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 44.7 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 48.8 ในปี พ.ศ. 2563 กลุ่มที่ได้รับการรักษามีจำนวนลดลงจากร้อยละ 49.2 เป็น 47.6 และกลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 (Department of Disease Control, 2020) สาเหตุที่ยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ ได้แก่ 1) ร้อยละ 45 ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่เคยทราบหรือไม่ตระหนักว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) ร้อยละ 6 ของผู้ที่เป็นโรค



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความดันโลหิตสูงปฏิเสธการรักษา และ 3) กลุ่มป่วยที่เข้ารับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สาเหตุคือ ความไม่สะดวกในการมารับบริการที่สถานพยาบาล ระยะเวลาในการรอคอย การขาดความเอาใจใส่ ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับยา (Thai Hypertension Society, 2019) จึงต้องสร้างความตระหนัก รับการรักษา โดยใช้ยาลดความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Thai Hypertension Society, 2019)

การเยี่ยมบ้าน เป็นบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นต่อผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (Nursing Division, 2013) หากได้รับการดูแลที่เหมาะสม สามารถปรับตัวและควบคุมโรคได้ จะทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงไม่มี ภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมอื่น ๆ แต่งานเยี่ยมบ้านถึงแม้จะเป็นงานบริการสุขภาพเชิงรุกที่สำคัญของหน่วยปฐม ภูมิยังพบว่า การให้บริการไม่สามารถจัดให้บริการได้อย่างทั่วถึง ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการเฉพาะผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องติดตามเยี่ยมบ้าน (Intahphuak & Tipwareerom, 2019) ทำให้ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิต สูงนี้เป็นกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างครอบคลุม

การเยี่ยมบ้าน มีผลต่อการปฏิบัติตัวและควบคุมโรค แต่การดำเนินงานมีข้อจำกัดเนื่องจากการดำเนินงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการติดตามเยี่ยมบ้านนั้นพบว่า ยังไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้ อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาสำรวจในการฝึกปฏิบัติการระบบวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ปี พ.ศ. 2565 โดยการสังเกตและการสัมภาษณ์งานเยี่ยมบ้านในชุมชน การดำเนินงานเยี่ยมบ้านแบบปกติของ อสม. อยู่ ภายใต้อำนาจกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ ดำเนินการเยี่ยมบ้านเมื่อได้รับแจ้งรายชื่อจาก รพ.สต. แล้วไปที่บ้านของ ผู้ป่วย เพื่อวัดความดันโลหิต ซักถามเรื่องการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ให้คำแนะนำทั่วไป เช่น อาหาร การออกกำลังกาย โดยไม่ได้มีการให้คำแนะนำเฉพาะโรค ไม่ได้มีการตรวจสอบเรื่องการรับประทานยากับฉลาก บางรายไม่มีการ นัดหมายทำให้คลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย บางรายไม่มีการตรวจสอบสัญญาณชีพในขณะที่เยี่ยมบ้าน การส่งคืนข้อมูลแก่ รพ.สต. ล่าช้าและมีความคลาดเคลื่อน

การปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของ อสม. พบว่ามีขั้นตอนหรือแนวทางปฏิบัติในส่วนหนึ่งแล้ว เพียงแต่อาจจะยัง ปฏิบัติไม่ครอบคลุมในบางประเด็น ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติให้สม่ำเสมอทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน หรือการ ตรวจสอบฉลากยา การให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งอาจจะช่วยทำให้ผู้ที่มีภาวะความ ดันโลหิตสูงตระหนัก และสังเกตอาการภาวะเส้นเลือดสมองตีบเองได้ จากการสอบถามอุปสรรคปัญหาพบว่า อสม. ไม่ทราบรูปแบบแนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ใช้ความเคยชินจากประสบการณ์เดิมที่ไม่รู้ว่าปฏิบัติไม่ ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน และเป็นการทำงานที่เรียนรู้ผ่านความเข้าใจของตนเอง ผลลัพธ์ของการดำเนินงานเยี่ยม บ้านโดย อสม. จึงแตกต่างกัน ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. และผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ไม่ได้ได้รับการเยี่ยมบ้านเท่าที่ควร ซึ่งหากอสม. สามารถปฏิบัติการเยี่ยมบ้านได้อย่างถูกต้องและมีแนวทางที่ชัดเจน จะมีส่วนทำให้การดำเนินงานเยี่ยมบ้านมีระบบ มีมาตรฐาน ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับการที่มี ประสิทธิภาพ และอาจมีส่วนช่วยในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า การพัฒนางานเยี่ยม บ้านให้มีประสิทธิภาพ คือ การให้ผู้ปฏิบัติเข้ามามีส่วนในการพัฒนารูปแบบแนวทาง เพราะจะทำให้ได้แนวทางการ เยี่ยมบ้านที่ชัดเจน เข้าถึงบริบทชุมชนเนื่องจากผ่านประสบการณ์ของผู้ดำเนินงานจริง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ โคลบ (Kolb, 2015) เป็นกระบวนการที่ กระตุ้นผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ ผ่านการคิดวิเคราะห์จากประสบการณ์เดิม นำสู่การคิดไตร่ตรอง การสะท้อนคิดทำ ให้เกิดการมองเห็นปัญหา จนสามารถกระตุ้นความคิดสู่การพัฒนารูปแบบแนวทางเยี่ยมบ้านใหม่ การทบทวน คิด วิเคราะห์ และพัฒนาแนวทางใหม่อาจจะลดข้อจำกัดเดิมและนำสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น การได้ลงมือปฏิบัติก็เป็นการ พิสูจน์ว่าการพัฒนาแนวทางแบบใหม่จะเกิดประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดีกว่าเดิม (Kamlungdee et al., 2017) โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์จึงเป็นกระบวนการเพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มี ภาวะความดันโลหิตสูง ที่เกิดความครอบคลุมทั้งในเรื่องของการนัดหมาย การประเมินความดันโลหิตและให้



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบไปด้วย การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา และสูบบุหรี่ (3อ. 2ส.) การให้คำแนะนำเรื่องยา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมถึงมีกระบวนการบันทึกและส่งต่อข้อมูลหลังการเยี่ยม

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เล็งเห็นว่าการนำความรู้ทฤษฎี มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์จะเป็นผลดีต่อทั้งตนเอง เพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยในชุมชน ในบทบาทที่ต้องเป็นผู้ให้บริการแก่ประชาชน และเป็นผู้ที่ต้องนิเทศบุคคลากรในชุมชนให้มีองค์ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติอย่างมีมาตรฐาน จึงได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านได้อย่างเป็นระบบ และมีมาตรฐาน ดังนั้น หากนำแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบมาปรับใช้ในงานเยี่ยมบ้าน จะมีผลให้ อสม. มีความเข้าใจและเกิดการพัฒนาแนวทางในการเยี่ยมบ้าน โดย อสม. สามารถสร้างคุณค่าต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน และมีผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การเรียนรู้ในผู้ที่มีประสบการณ์การทำงาน เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติได้เหมาะสม การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของ โคลบ (Kolb, 2015) ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning theory) ประกอบด้วยขั้นตอนการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (concrete experience) โดยให้ อสม. ร่วมแบ่งปันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานเยี่ยมบ้านในรูปแบบแนวทางที่ผ่านมา กระตุ้นให้ อสม. ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน 2) ขั้นคิดไตร่ตรอง (reflective observation) โดยให้ อสม. ได้สะท้อนคิดและวิเคราะห์ถึงกระบวนการที่ผ่านมา ทั้ง 7 ประเด็น 3) ขั้นสรุปความคิด (abstract conceptualization) โดยกระตุ้นใน อสม. เกิดการระดมความคิดร่วมวิพากษ์ออกแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน ที่ตอบสนองต่อความเหมาะสม และความเป็นไปได้ โดยผู้วิจัยจะดำเนินการให้เกิดทักษะการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และกระตุ้นการมีส่วนร่วมจนสามารถสรุปแนวทางปฏิบัติได้ และ 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (active experimentation) เป็นการนำสิ่งที่ได้จากขั้นตอนของการสรุปความคิด มาปฏิบัติเพื่อนำสู่แนวทางปฏิบัติใหม่ผ่านการเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน ทั้งนี้หลังจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ อสม. จะเกิดการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในเรื่อง 1) การนัดหมายและการเตรียมอุปกรณ์ 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การวัดประเมินความดันโลหิต 4) การให้คำแนะนำตามหลัก 3อ. 2ส. 5) การให้คำแนะนำด้านการรับประทานยาเบื้องต้น 6) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น และ 7) การบันทึกและส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะทำให้เกิดผล



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การดำเนินงานเยี่ยมบ้านโดย อสม. ที่มีแนวทางที่ถูกต้อง เกิดประสิทธิภาพการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. และส่งผลต่อผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการติดตามอย่างครอบคลุมต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบสองกลุ่ม และวัดผลก่อนหลังการทดลอง (two group pre test-post test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอศรีราชา จังหวัดสุโขทัย โดยการสุ่มเลือกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม คนละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อป้องกันการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่ม โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) จำนวน 2 แห่ง จาก 18 แห่ง รพ.สต. ที่จับได้แห่งแรกคือ รพ.สต.สารจิตรเป็นกลุ่มทดลอง และ รพ.สต. ที่จับได้แห่งที่ 2 คือ รพ.สต.ท่าชัยเป็นกลุ่มควบคุม โดย รพ.สต.ทั้ง 2 แห่งนี้ มีบริบทใกล้เคียงกัน คือ เป็น รพ.สต.ขนาดใหญ่ และมีลักษณะการดำเนินงานเยี่ยมบ้านคล้ายคลึงกัน จากนั้นจึงทำการสุ่มรายชื่อ อสม. จากแต่ละ รพ.สต. และทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่ม โดยสุ่มจากรายชื่อกลุ่มทดลองก่อนแล้วจึงสุ่มรายชื่อกลุ่มควบคุม โดยให้มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน (group match) และใช้ปัจจัยที่ควบคุมได้แก่ ประสบการณ์ในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของ อสม. ในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

เกณฑ์คัดเข้าการวิจัย ได้แก่ 1) เป็น อสม. ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 3) มีประสบการณ์ในด้านการเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือน 4) มีอุปกรณ์สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์และสามารถใช้แอปพลิเคชัน Line ได้

เกณฑ์การยุติการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอนตามระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยการประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ในการศึกษาที่ใกล้เคียง จากการศึกษาของ ขวัญตา เพชรณมิโชติ และคณะ (Petmaneechote et al., 2021) เรื่องผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คำนวณค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) ได้เท่ากับ 1.39 เนื่องจากค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรมีค่าเกิน 1 จึงพิจารณาใช้ค่าขนาดอิทธิพล medium effect ที่ 0.50 จากการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน และกำหนดความเชื่อมั่นที่ 0.05 ใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) 0.80 แล้วนำมาเปิดตารางของ โกรฟ และคณะ (Grove et al., 2013) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน เนื่องจากวิจัยใช้ระยะเวลาในการดำเนินงาน จึงได้คำนวณการขาดหายไปของการมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่าง (20% dropout rate) เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายหรือถอนตัวระหว่างการดำเนินการ จึงได้พิจารณาเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ดังนั้น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจึงมีจำนวนกลุ่มละ 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. แผนกิจกรรมในโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ โคลบ (Kolb, 2015)



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. สื่อการสอน ประกอบด้วย สื่อนำเสนอ PowerPoint และคู่มือเรื่องการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง บทบาทหน้าที่ ของ อสม. กับการเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ขั้นตอนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของ อสม. ประกอบด้วย การนัดหมายและการเตรียมอุปกรณ์การเยี่ยมบ้าน การประเมินผู้ป่วย การประเมินข้อมูล ความดันโลหิต การให้คำแนะนำตามหลัก 3อ. 2ส. การให้คำแนะนำด้านการรับประทานยาเบื้องต้น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคเบื้องต้น และการบันทึกและส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน

3. ใบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. ชุดอุปกรณ์ในการสาธิตการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ ที่ได้รับการสนับสนุนและผ่านการประเมินความพร้อมของอุปกรณ์โดย รพ.สต.

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม. ประสบการณ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

2. แบบสอบถามการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงใน อสม. จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย 1) การนัดหมายและการเตรียมอุปกรณ์ 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การวัดประเมินความดันโลหิต 4) การให้คำแนะนำตามหลัก 3อ. 2ส. 5) การประเมินและให้คำแนะนำด้านการรับประทานยา 6) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคเบื้องต้น และ 7) มีการบันทึกและส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ตามระดับการปฏิบัติ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ เป็นคะแนน 2, 1, 0 ตามลำดับ การแปลผลคะแนน คือ การคิดคะแนนกลุ่มมาคำนวณหาค่าเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบกับระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1 และการหาค่าความเชื่อมั่น โดยการใช้การหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบและการประเมินผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณารับรองการดำเนินการวิจัย เลขที่จริยธรรม 061/2566 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ของการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทุกท่านทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนนั้นไม่มีผลก่อให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง ไม่ละเมิดสิทธิหรือรบกวนเวลาส่วนตัว สามารถยืดหยุ่นต่อความต้องการของกลุ่มตัวอย่างหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ตามความเหมาะสม และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้ถูกพิทักษ์สิทธิเก็บเป็นความลับไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น อีกทั้งในการดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดระหว่างการดำเนินการวิจัย



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานพื้นที่เพื่อขอดำเนินการตามแผนกิจกรรมในโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ระยะเวลาดำเนินการทั้งหมด 5 สัปดาห์ มีรายละเอียด ดังนี้

1. สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 ของสัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ให้เกิดการรู้จักกัน ทำการขอเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตอบแบบสอบถามการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (pre-test) ชี้แจงช่องทางการสื่อสาร จากนั้นเริ่มดำเนินกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้วิจัยให้ อสม. ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานเยี่ยมบ้าน โดยการแบ่งกลุ่ม ร่วมกันเขียนข้อคิดเห็นตามประเด็นที่กำหนด แล้วให้แต่ละกลุ่มนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนประเด็นเพิ่มเติมในกลุ่มใหญ่ ต่อมากิจกรรมการคิดไตร่ตรอง ผู้วิจัยให้ อสม. แต่ละกลุ่มร่วมกันสะท้อน วิเคราะห์ถึงกระบวนการการเยี่ยมบ้านที่ผ่านมา จากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอและร่วมกันอภิปรายในกลุ่มใหญ่ เปิดโอกาสซักถาม พุดคุย และร่วมกันอภิปราย

2. สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 3 ของสัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมการสรุปความคิด โดยการให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง บทบาทของ อสม. และขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน กระตุ้นการระดมความคิดร่วมวิพากษ์ออกแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน ผู้วิจัยได้บรรยายประกอบการสาธิตในการเยี่ยมบ้าน จากนั้นให้ อสม. ฝึกปฏิบัติ และสุ่มสาธิตย้อนกลับ

3. สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 1-4 ของสัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 แบบกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยติดตามการเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม. พร้อมทั้งให้คำแนะนำในแนวทางการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน

4. สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 1-5 ของสัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 แบบรายคน โดยผู้วิจัยคอยติดตามการเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา คำแนะนำผ่านทางช่องทางไลน์

5. สัปดาห์ที่ 4 วันที่ 1 ของสัปดาห์ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ดำเนินกิจกรรมสะท้อนปัญหาและทบทวนแนวทางปฏิบัติ เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคหลังนำแนวทางปฏิบัติไปใช้พร้อมทั้งร่วมเสนอแนวทางการแก้ไข ก่อนจะมอบหมาย การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 แบบรายคน คนละ 1 ราย โดยสามารถติดต่อสอบถามกับทางผู้วิจัยได้ผ่านทางช่องทางไลน์

6. สัปดาห์ที่ 5 วันที่ 1-5 ของสัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมขั้นการลงมือปฏิบัติ ให้ อสม. ลงเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน แบบอิสระ คนละ 1 ราย โดยไม่มีการติดตามผลจากผู้วิจัย

7. สัปดาห์ที่ 6 วันที่ 5 ของสัปดาห์ กิจกรรมการประเมินผลและสรุปการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยให้ อสม. ทำแบบสอบถามการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง (post-test) เปิดโอกาสให้ อสม. ได้ซักถามข้อสงสัย ก่อนจะสรุปผลการดำเนินโปรแกรมฯ และกล่าวสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม. ประสบการณ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher exact test ตามลักษณะของข้อมูล ส่วนข้อมูลที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่าการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ pair t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และ สถิติ independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices
for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับ
ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของ อสม.

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีอายุเฉลี่ย 50.46 ปี (SD = 9.29) กลุ่มที่ให้บริการตามปกติมีอายุเฉลี่ย 49.77 ปี (SD = 9.01) ข้อมูลเพศในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.50 กลุ่มที่ให้บริการตามปกติ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.20 การประกอบอาชีพในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 76.90 กลุ่มที่ให้บริการตามปกติ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรเช่นกัน ร้อยละ 38.50 การศึกษาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 กลุ่มที่ให้บริการตามปกติ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 38.50 ระยะเวลาของการเป็น อสม. ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระยะเวลา 20-24 ปี ร้อยละ 30.80 กลุ่มที่ให้บริการตามปกติ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระยะเวลา 5-9 ปี ร้อยละ 38.50 ประสบการณ์การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีประสบการณ์มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 69.20

เมื่อนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาเปรียบเทียบกัน พบว่าข้อมูลด้านอายุมีการแจกแจงแบบโค้งปกติและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนข้อมูลอาชีพพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .044$) ซึ่งเมื่อดำเนินโครงการผลของโปรแกรมฯ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านก่อนการทดลองที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนไม่แตกต่างกัน ดังนั้น ปัจจัยส่วนบุคคลจึงน่าจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ($n = 26$) และกลุ่มที่ให้บริการตามปกติ ($n = 26$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ		กลุ่มที่ให้บริการตามปกติ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ	M = 50.46, SD = 9.29		M = 49.77, SD = 9.01		
ต่ำกว่า 20 ปี	1	3.8	-	-	.393
20-29 ปี	-	-	1	3.8	
30-39 ปี	1	3.8	1	3.8	
40-49 ปี	11	42.3	10	38.5	
50-59 ปี	11	42.3	10	38.5	
60-69 ปี	2	7.7	4	15.4	
เพศ					
ชาย	3	11.5	1	3.8	.610 ^b
หญิง	23	88.5	25	96.2	
อาชีพ					
เกษตรกร	20	76.9	10	38.5	.044 ^b
รับจ้าง	3	11.5	9	34.6	
ค้าขาย	2	7.7	3	11.5	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	-	-	2	7.7	



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices
for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับ
ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (n = 26) และกลุ่มที่ให้บริการตามปกติ (n = 26) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ		กลุ่มที่ให้บริการตามปกติ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อื่น ๆ					
แม่บ้าน	1	3.8	1	3.8	
ธุรกิจส่วนตัว			1	3.8	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	13	50.0	8	30.8	.155 ^b
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	15.4	10	38.5	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	30.8	5	19.2	
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.8	3	11.5	
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม.					
น้อยกว่า 5 ปี	6	23.1	4	15.4	.445 ^b
5-9 ปี	5	19.2	10	38.5	
10-14 ปี	3	11.5	5	19.2	
15-19 ปี	2	7.7	2	7.7	
20-24 ปี	8	30.8	3	11.5	
เท่ากับหรือมากกว่า 25 ปี	2	7.7	2	7.7	
ประสบการณ์การปฏิบัติการ เยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะความดัน โลหิตสูง					
มีประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน 6 เดือน - 1 ปี	8	30.8	8	30.8	1.000 ^a
มีประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน มากกว่า 1 ปี	18	69.2	18	69.2	

หมายเหตุ: a = Chi-Square, b= Fisher's Exact Test

ข้อมูลการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุข

วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ โดยมีผลการวิจัย ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices
for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับ
ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 26)

ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงใน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ	46.96	10.83	62.15	2.36	<.001
กลุ่มที่ให้บริการตามปกติ	46.15	9.30	48.35	6.00	.068

2. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของ อสม. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ให้บริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ให้บริการตามปกติ (n = 52)

ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงใน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ		กลุ่มที่ให้บริการตามปกติ		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	46.96	10.83	46.15	9.03	.387
หลังได้รับโปรแกรมฯ	62.15	2.36	48.35	6.00	<.001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยอธิบายได้ว่า โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สามารถทำให้ อสม. มีการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น โดยมีโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่ได้พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ โคลบ (Kolb, 2015) ส่งผลให้เกิดกระบวนการการเรียนรู้ และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ผ่าน 4 ขั้นตอน ดังนี้ ในขั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อสม. ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นตามประเด็นที่แตกต่างกัน พบว่า อสม. มีการดำเนินงานที่อาศัยความเคยชิน หรือประสบการณ์ของตนเอง โดยที่ไม่ได้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เมื่อมีการอภิปรายทำให้ อสม. แสดงความสนใจ บรรยากาศดำเนินไปแบบส่งเสริมการเรียนรู้ ดังนั้น อสม. จึงได้เรียนรู้แบบอเนกนัยผ่านการมองสถานการณ์ กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีในสถานการณ์ที่ต้องการความคิดหลากหลาย (Wichadee, 2011)

ในขั้นคิดไตร่ตรอง เป็นขั้นตอนที่สืบเนื่องจากประเด็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งในขั้นตอนนี้เน้นการระดมความคิด การคิดอย่างไตร่ตรอง และมีเหตุผล ทำให้ อสม. ร่วมกันคิดถึงมาตรฐานของการให้บริการที่ดีขึ้น และเห็นว่าการดำเนินการเยี่ยมบ้านมีหลายขั้นตอน โดย อสม. ได้ทราบว่าตนเองมีข้อที่ได้ปฏิบัติและไม่ได้ปฏิบัติ



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระตุ้นให้เกิดการไตร่ตรองถึงตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่จะพัฒนาความรู้หรือการปฏิบัติให้ได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญตา เพชรณณีโชติ และคณะ (Petmaneechote et al., 2021) ศึกษาผลของ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านการนำประสบการณ์มาเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการสะท้อน ถามตอบและอภิปราย ซึ่งพบว่ามีผลทางบวกต่อความรู้และการปฏิบัติของ อสม. และจากการศึกษาของ อัมพิกา คันทาใจ และคณะ (Kuntajai et al., 2021) ศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้ คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ได้สะท้อนคิดและอภิปรายจะเกิดความรู้ที่หลากหลาย ซึ่งทำให้เห็นว่าการคิดไตร่ตรองเป็น กระบวนการสำคัญทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะใช้เป็นพื้นฐาน เป็นแนวทางการสำหรับการเรียนรู้ต่อได้ (Klaimongkol, 2019)

ในขั้นสรุปความคิด มีการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและ กระตุ้นให้ อสม. เกิดการระดมความคิดเพื่อออกแบบแนวทางการเยี่ยมบ้าน คือ ก่อนเยี่ยมบ้านต้องมีการนัดหมาย และเตรียมอุปกรณ์ เมื่อขณะไปเยี่ยมบ้านมีการประเมินและให้คำแนะนำ 3อ. 2ส. และหลังเยี่ยมบ้านต้องนำส่ง ใบเยี่ยมบ้านแก่ รพ.สต. ตามระยะเวลาที่กำหนด สอดคล้องกับการพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอกรอบครัวที่มีการออกแบบแนวทางการเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พบว่า แนวทางการเยี่ยมบ้านที่สร้างขึ้นครั้งแรก ทำให้มีรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้จริง และมีผลลัพธ์ของการดูแลดีขึ้น เพิ่มคุณค่าให้กับบริการ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการถูกเยี่ยมบ้านมากขึ้น (Kamlungdee et al., 2017)

นอกจากนั้น ในกระบวนการยังมีการสาธิตและฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เห็นภาพจำลอง และได้ทบทวนตนเองมาก ขึ้น ก่อนจะมอบหมายให้ลงเยี่ยมบ้านแบบกลุ่มและแบบรายคน ทำให้ อสม. มีความเข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติ มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและ การให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผู้วิจัยสาธิตการปฏิบัติการ คัดกรองตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์ตลอดจนการปฏิบัติการคัดกรองในแต่ละขั้นตอน (Meethip et al., 2016) และ จากการศึกษานี้ของ อัมพิกา คันทาใจ และคณะ (Kuntajai et al., 2021) ศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านพบว่า เมื่อได้ทดลองสลับคู่กันปฏิบัติ สามารถเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติการคัดกรองและ ปฏิบัติการให้คำแนะนำที่ถูกต้องได้ เนื่องจากการเรียนรู้เกิดผ่านความเข้าใจมากกว่าการจดจำ (Suapumee et al., 2017)

ในขั้นลงมือปฏิบัติ อสม. ได้เรียนรู้จากการลงมือทำจริง จึงเกิดความรู้ ความเข้าใจ สอดคล้องกับผลของ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Petmaneechote et al., 2021) พบว่า โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วย ส่งเสริม สนับสนุนความรู้และการปฏิบัติตามบทบาท หน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทาง ในการพัฒนาศักยภาพได้ ซึ่งกระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ที่ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การคิดไตร่ตรอง การสรุปความคิด และลงมือปฏิบัติ นั้น ทำให้ผลของการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ที่มี ภาวะความดันโลหิตสูงใน อสม. แต่ละคนดีขึ้น เนื่องจาก อสม. ได้เกิดการเรียนรู้แบบเป็นวงจร ผ่านการพูดคุย แลกเปลี่ยน การฟัง การดู การฝึกปฏิบัติ ทำให้แต่ละคนเกิดกระบวนการจดจำสิ่งใหม่ และสามารถนำไปปรับใช้ได้ จริง จึงเห็นได้ว่าโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ที่ได้พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ของ โคล์บ มีผลให้เกิดกระบวนการการเรียนรู้ อสม. ทำให้หลังได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในแต่ละขั้นตอนแล้วมีการ



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปฏิบัติที่ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผลการวิจัยพบว่า อสม. กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สูงกว่ากลุ่มที่ให้บริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ให้บริการตามปกติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ได้รับการเสริมสร้างความรู้ ทั้งการนัดหมายและการเตรียมอุปกรณ์ การประเมินอาการทั่วไป การวัดประเมินความดันโลหิต การให้คำแนะนำตามหลัก 3อ. 2ส. การประเมินและให้คำแนะนำด้านการรับประทานยา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคเบื้องต้น และ มีการบันทึกและส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ทำให้ อสม. สามารถปฏิบัติการเยี่ยมบ้านได้ดีกว่า อีกทั้งโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ได้มีกระบวนการที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ รวมทั้งยังได้มีการได้สะท้อนปัญหา และอภิปรายกลุ่ม เมื่อได้ร่วมรับฟังประสบการณ์จึงเกิดความเข้าใจ และรู้สึกร่วมกัน

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์แตกต่างจากรูปแบบการเรียนรู้ในอดีต (Passive learning) ที่ต้องมีผู้สอนคอยให้ความรู้ ส่วนผู้เรียนนั่งฟัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์หรือส่วนร่วมในการเรียนรู้ แต่การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นการบอกเล่าและรับฟัง ร่วมกันแก้ไข ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม เกิดการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ นำสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (Churyen et al., 2022) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ให้บริการตามปกติ ที่ปฏิบัติการเยี่ยมบ้านในรูปแบบเดิม อาจไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ปฏิบัติตามความเคยชิน เรียนรู้ผ่านการแนะนำการเยี่ยมบ้านซึ่งอาจจะเป็นการสอนที่ไม่เป็นทางการ อาจไม่ได้มีการติดตามประสิทธิภาพ ประสิทธิผลจึงเป็นการดำเนินการเยี่ยมบ้านผ่านความเข้าใจของตนเอง เรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติเป็นครั้ง ๆ ไป แต่การเรียนรู้เชิงประสบการณ์มีการสะท้อนรูปแบบการเยี่ยมบ้าน เพิ่มเติมความเข้าใจ เสริมความรู้และทักษะ จึงอาจทำให้การปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงใน อสม. มีความแตกต่างกัน

จากการศึกษาของ นิดา มีทิพย์ และคณะ (Meethip et al., 2016) ศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำการศึกษา 6 สัปดาห์และวัดผลในสัปดาห์ที่ 7 และจากการศึกษาของ อัมพิกา คันทาใจ และคณะ (Kuntajai et al., 2021) ทำการศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมาเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำการศึกษา 6 สัปดาห์ วัดผลในสัปดาห์ที่ 6 หลังการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ และการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้น และมากกว่ากลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงดำเนินโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นี้โดยใช้เวลาในการดำเนินงาน 5 สัปดาห์ และติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งผลการศึกษาพบว่า คะแนนการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงใน อสม. สูงกว่าเดิม และมีสูงกว่ากลุ่มที่ให้บริการตามปกติ ดังนั้น ในการใช้โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์จึงอาจจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ต้องยาวนาน แต่ขึ้นอยู่กับกระบวนการและความครอบคลุมของกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ที่สอดคล้องกับการเรียนรู้ของ อสม.

หลังจากการดำเนินโครงการวิจัย พบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน มีค่าความดันโลหิตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ คำจันทร์ และคณะ (Khamchan et al., 2016) ศึกษาผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพเพื่อจัดการปัญหาสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ณ ชุมชนในเขตอำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ต่อความร่วมมือในการใช้ยา ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการใช้ยา การควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิต ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของ วินัย อารีย์ (Aree, 2023) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรม



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การเยี่ยมบ้านต่อความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัว และค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ตำบลโพธิ์ชัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติตัวที่ดี และทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มควบคุม จึงกล่าวได้ว่าการเยี่ยมบ้านทำให้เกิดการกระตุ้นความใส่ใจของผู้ที่ถูกเยี่ยม เกิดความตระหนัก มีผลกระทบเชิงบวกต่อผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น (Kiatluedet et al., 2017) ซึ่งแม้โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์จะไม่ได้วัดผลทางตรงต่อการปฏิบัติตัวหรือค่าความดันโลหิต แต่ก็เห็นผลทางอ้อมที่ชัดเจน

เห็นได้ว่า โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สามารถนำไปส่งเสริมให้ความรู้และการปฏิบัติได้จริง เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เปิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ยอมรับและเข้าใจในความแตกต่าง ผู้วิจัยเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงใน อสม. ทำให้เกิดการปฏิบัติที่มีรูปแบบแนวทางที่ชัดเจนและเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สามารถนำแนวทางการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้ในการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อภาวะสุขภาพ และระดับค่าความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชน
2. ควรมีการศึกษาในระยะติดตามการปฏิบัติ ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน ถึงผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์
3. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับทีมเยี่ยมบ้าน

ข้อจำกัดในการศึกษา

การจัดกิจกรรมบางสัปดาห์อาจมีความถี่มากเกินไป

References

- Aiamnui, S. (2021). Factors influencing surveillance and prevention practices of COVID-19 among village health volunteers in Kongkrait District, Sukhothai Province. *Thai Journal of Public Health and Health Education*, 1(2), 75-90.
- Aree, W. (2023). The effect of a home visit program on health beliefs conduct and the patient's blood pressure uncontrollable hypertension in a community in Pho Chai Subdistrict, Uthumphon Phisai District Sisaket Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 8(2), 147-154. (in Thai)
- Churyen, A., Aungwattana, S., & Tuanrat, W. (2022). Effects of an experiential learning program on knowledge and practices toward fingertip capillary blood glucose monitoring among village health volunteers. *Lanna Public Health Journal*, 18(2), 102-115. (in Thai)



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices
for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับ
ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- Department of Disease Control. (2020). *NCDs status report, diabetes, hypertension and related risk factors 2019*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
- Department of Health Service Support. (2016). *Handbook for family volunteers (NCDs)*. <https://fv.phc.hss.moph.go.th/files/handbook-LTC.pdf>
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed.). Elsevier.
- Intahphuak, S., & Tipwareerom, W. (2019). Home visit: Community nurses in Thailand 4.0 era. *Journal of Nursing Science & Health*, 42(4), 140-148. (in Thai)
- Kamlungdee, U., Bunmusik, P., & Watcharawiwat, A. (2017). The development of home visit guidelines for patients with type 2 diabetes mellitus or hypertension run by family care team. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(Special issue), S34-S45. (in Thai)
- Khamchan, P., Ployleamsang, C., & Kittiboonyakun, P. (2016). Effect of home care by a health care team for chronic disease management in elderly patients at Samrongthap community, Surin Province. *Journal of Science and Technology Mahasarakham University*, 36(2), 171-183. (in Thai)
- Kiatluedet, P., Kaewboonchoob, O., & Suwan-ampai, P. (2017). Factors related to home visit behavior of village health volunteers for hypertensive patients who missed appointments. *Journal of Public Health Nursing*, 31(Special issue), 1-12. (in Thai)
- Klaimongkol, Y. (2019). Reflective teaching ideas for student teachers. *Journal of Education Studies*, 47(1), 377-397. <https://doi.org/10.58837/CHULA.EDUCU.47.1.20> (in Thai)
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (2nd ed.). Pearson Education.
- Kuntajai, U., Tamdee, D., & Aungwattana, S. (2021). Effects of experiential learning on knowledge, screening practice, and advising on colorectal cancer prevention among village health volunteers. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 31(1), 83-95. (in Thai)
- Meethip, N., Tumdee, D., & Bhuddhirakkul, P. (2016). Effects of experiential learning on knowledge and screening practice and advice for hypertension among village health volunteers. *Nursing Journal*, 43(Special issue), 104-115. (in Thai)
- Nursing Division. (2013). *Home ward*. Agricultural cooperative printing demonstrations of Thai.
- Petmaneechote, K., Himananto, S., & Fongkerd, S. (2017). Evaluation impact of the potential development among village health volunteers in caring of patients with diabetes in community, Bang Sai Subdistrict, Muang District, Chonburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(3), 158-169. (in Thai)
- Petmaneechote, K., Pongpomma, L., Arunkeeree, A., & Taowalanon, P. (2021). Effectiveness of participatory learning program on knowledge and practice of village health volunteers for taking care of hypertension patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 31(3), 28-41. (in Thai)



Effect of an Experiential Learning Program on Home Visiting Practices
for Persons with Hypertension Among Village Health Volunteers
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับ
ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- Suapumee, N., Naksrisang, W., & Singhasem, P. (2017). Management of experiential learning in nursing education. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(1), 12-21. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension*. Trickthink.
- Wichadee, S. (2011). Learners' learning styles: The perspectives from the theory of experiential learning. *Executive Journal*, 31(1), 175-180. (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344424/9789240033986-eng.pdf>



Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention
Among Guardians of Middle School Girls in Communities*
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน*

เนตนาภา	ศรีอินทร์คำ **	Netnapa	Sri-inkum **
สุมาลี	เลิศมัลลิกภาพร ***	Sumalee	Lirtmunlikaporn ***
วิลาวณีย์	เดือนราษฎร์ ****	Wilawan	Tuanrat ****

Abstract

Sexual assault prevention among middle school girls through family participation is extremely necessary. This study used a quasi-experimental design with two groups which aimed to examine the effect of a family participation program on sexual assault prevention among guardians of middle school girls in communities. The participants were 42 parents of middle school girls assigned to a control or an experimental group with 21 participants in each group. The instruments used in this study consisted of a family participation program, developed from Cohen and Uphoff's participation concept; a handbook on sexual assault among middle school girls for guardians; and a questionnaire on sexual assault prevention among guardians of middle school girls. The instruments were approved by six experts with a content validity index value of .94 and a reliability value of .95. Data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The research results revealed that after the family participation program 1) guardians in the group receiving the program had a higher mean score for sexual assault prevention than before receiving the program ($t = 5.57, p < .001$) and 2) parents in the group receiving the program had a higher mean score for sexual assault prevention than the group who did not receive the program ($t = 5.89, p < .001$).

The results of this study show that this family participation program can increase sexual assault prevention among guardians of middle school girls in communities and, therefore, should be implemented to help prevent further sexual assault of middle school girls in other schools.

Keywords: Participation; Family participation program; Sexual assault prevention; Guardians; Middle school girls

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: Ornneta@hotmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 8 August 2023; Revised 9 May 2024; Accepted 24 May 2024



Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention
Among Guardians of Middle School Girls in Communities
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

บทคัดย่อ

การป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีความจำเป็นอย่างยิ่ง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮน และอัฟฮอฟ คู่มือการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นสำหรับผู้ปกครอง และแบบสอบถามการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศของผู้ปกครองนักเรียนเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เครื่องมือได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .94 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ 1) ผู้ปกครองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($t = 5.57, p < .001$) และ 2) ผู้ปกครองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ($t = 5.89, p < .001$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีผลทำให้การป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชนเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นควรมีการนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้ มาใช้เพื่อป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนอื่นต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว การป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ผู้ปกครอง เด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: Ornneta@hotmai.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 8 สิงหาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 9 พฤษภาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 24 พฤษภาคม 2567



Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention Among Guardians of Middle School Girls in Communities ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก เป็นการละเมิดสิทธิอย่างร้ายแรงและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก ปัจจุบันปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศ เป็นปัญหาที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ ซึ่งในประเทศบัลแกเรีย จากการสำรวจข้อมูล ในปี ค.ศ. 2020 พบว่า เด็กผู้หญิงร้อยละ 87 และเด็กผู้ชายร้อยละ 13 ตกเป็นเหยื่อของการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ในช่วงระยะเวลา 5 ปี และเด็กผู้หญิงที่มีความเสี่ยงต่อการล่วงละเมิดทางเพศมากที่สุด จะอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 12 ถึง 14 ปี (Mileva et al., 2020) สำหรับประเทศไทยสถิติการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่า มีการล่วงละเมิดทางเพศจำนวน 13,904, 5,089 และ 6,740 ครั้ง ตามลำดับ (World Health Organization, 2022)

ข้อมูลจากมูลนิธิพิริวณาหงสกุลเพื่อเด็กและสตรี ได้แถลงผลการดำเนินงาน และสถิติรับเรื่องราวร้องทุกข์ ประจำปี พ.ศ. 2563 พบว่า ปัญหาที่ถูกร้องเรียนมากที่สุดคือ ปัญหาการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 มีผู้มาร้องทุกข์ขอความช่วยเหลือเพิ่มมากกว่าปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 9.80 ซึ่งร้องทุกข์เฉลี่ยต่อวันร้อยละ 2.40 พบว่าอันดับที่ 1 ผู้ที่กระทำเป็นคนรู้จัก (ร้อยละ 43.26) อันดับที่ 2 ผู้ที่กระทำเป็นญาติ คนในครอบครัว (ร้อยละ 30.60) และอันดับที่ 3 ผู้ที่กระทำเป็นคนข้างบ้าน (ร้อยละ 5.60) (Vijitpreecha, 2020) ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ พบมากในเพศหญิงช่วงอายุ 11-15 ปี ร้อยละ 66.50 โดยเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 52.30 (Pangsom & Sithicharoon, 2018) และสถิติการล่วงละเมิดทางเพศในชุมชนส่วนใหญ่เกิดในที่พักของผู้ถูกรักษา รongลงมาเกิดในที่พักของผู้กระทำ และสถานที่เปลี่ยว (Chanphong, 2019)

การล่วงละเมิดทางเพศ เป็นพฤติกรรมที่ละเมิดสิทธิของผู้อื่นในเรื่องเพศ (Chulpan, 2017) เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์รูปแบบหนึ่งของการกระทำทางเพศ เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นโดยการบังคับ หลอกลวง หรือชักจูง โน้มน้าวโดยไม่ได้เป็นการยินยอม (Kirdin et al., 2019) อาจเป็นการกระทำเพื่อสนองความใคร่ของผู้กระทำที่เกิดขึ้นได้ทั้งในและนอกสถานศึกษา (Jaikla & Jaikla, 2019) ปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศเพิ่มความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในสังคมไทย และพบปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศจากการกระทำของคนที่มีความใกล้ชิดกับผู้ถูกรักษา เช่น พ่อเลี้ยงกระทำกับลูกเลี้ยง (Department of Mental Health, 2018) ซึ่งการล่วงละเมิดทางเพศสามารถส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว ก่อให้เกิดปัญหาสังคมตามมา (Jaikla & Jaikla, 2019)

ปัจจัยที่ทำให้เด็กหญิงเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศ จากการศึกษาพบปัจจัยที่ก่อให้เกิดการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กหญิงที่ผ่านมาแบ่งเป็น ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก โดยปัจจัยภายใน ประกอบด้วย 1) ลักษณะทางด้านร่างกายที่อ่อนแอตามธรรมชาติ เช่น เด็กเพศหญิง รูปร่างผอมเป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด 2) การไม่รักษานวลสงวนตัว โดยการแต่งกายที่ล่อแหลม ไม่มีมิดชิด รวมถึงการเที่ยวกลางคืน และ 3) การดื่มสุราและใช้สารเสพติดของเด็ก เป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ เพราะไม่มีความสามารถควบคุมตนเอง และป้องกันตนเองได้จนก่อให้เกิดการล่วงละเมิดทางเพศขึ้น สำหรับปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย 1) สถานที่อยู่อาศัยไม่ปลอดภัย 2) สื่อต่าง ๆ ที่ช่วยทำให้เกิดพฤติกรรมทางเพศในเด็กหญิง เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เฟสบุ๊ก อินสตาแกรม และแอปหาคู่ เป็นต้น 3) เพื่อน เพื่อนที่พาไปในทางที่ผิด หรือชักจูงเข้าไปในสถานการณ์เสี่ยงต่อการเกิดการล่วงละเมิดทางเพศ เช่น ไปเที่ยวบ้านเพื่อน ไปทำงานบ้านเพื่อน ไปร้านเหล้า ไปร้านอาหาร เป็นต้น 4) ครอบครัว ในสังคมปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปมาก ทำให้ครอบครัวต้องทำงานหารายได้จากนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น จนทำให้บทบาทหน้าที่ในการอบรมสั่งสอนด้านสังคมให้กับเด็กจึงลดลง ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาสามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กหญิงได้ (Kirdin et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยมีการแก้ไขปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศ โดยส่วนใหญ่เน้นการอบรมเด็กหญิงให้มีความรู้ในการป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศ และฝึกทักษะการป้องกันการถูก



Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention Among Guardians of Middle School Girls in Communities ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

ล่วงละเมิดทางเพศ (Klatthong, 2006; Srithongkun et al., 2019) ถึงแม้ว่าจะมียุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยมีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำ และประสานภาคีเครือข่าย เพื่อให้ได้ซึ่งยุทธศาสตร์ที่แก้ไขปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศ ในโรงเรียนมีการนำยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบการศึกษาที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพ และมีระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมมาใช้ โดยมีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับเพศศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาสายสามัญ รายวิชาสุขศึกษา อย่างไรก็ตามพบการเรียนการสอนวิชาสุขศึกษายังไม่มีประสิทธิภาพ เช่น วิธีสอนส่วนใหญ่เน้นการบรรยาย ขาดสื่อการสอนที่น่าสนใจ ครูสอนสุขศึกษาไม่ได้รับการอบรมการสอนเพศศึกษาโดยตรง การเรียนการสอนยังไม่ครอบคลุมรอบด้านในทุกประเด็นโดยเฉพาะทักษะการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ (Committee for Prevention and Resolution of Teenage Pregnancy Problems, 2016)

ในด้านการจัดบริการสุขภาพทางเพศแก่วัยรุ่น เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 โดยปัจจุบันมีการจัดบริการแก่วัยรุ่นทุกกลุ่มในบริบทต่าง ๆ ได้แก่ ในสถานบริการสาธารณสุข ในสถานศึกษา และในชุมชน อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีจำนวนวัยรุ่นเข้ามาใช้บริการอยู่น้อย นอกจากนี้ ยังขาดการส่งเสริมบทบาทครอบครัว และชุมชน ที่จะสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารทักษะการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศของวัยรุ่น โดยเฉพาะกลุ่มพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลบุตรหลานไม่ให้เกิดการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (Committee for Prevention and Resolution of Teenage Pregnancy Problems, 2016)

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า จำนวนของเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการอบรมให้แก่เด็กหญิงจึงไม่เพียงพอต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ (Srithongkun et al., 2019) ทั้งนี้ สุวิมล เกิดอินทร์ (Kirdin et al., 2019) ให้ข้อเสนอแนะว่า การป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศของเด็กหญิง ควรมุ่งไปที่ผู้ปกครองของเด็กหญิง เพราะผู้ปกครองเป็นบุคคลสำคัญในการอบรมสั่งสอน และปกป้องเด็กหญิงจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ เมื่อเด็กได้รับการป้องกันด้วยการเลี้ยงดูจากผู้ปกครองจะทำให้เด็กมีภูมิคุ้มกันที่พึงประสงค์ ที่เกิดจากการได้รับความรักความเอาใจใส่ การฝึกให้รู้จักระเบียบวินัย รู้จักการควบคุมตนเอง ฝึกให้มีทักษะชีวิตในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการถูกสอนให้เลือกคบเพื่อนที่ดี เป็นการฝึกทักษะทางสังคม ซึ่งการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศจึงควรเริ่มต้นจากผู้ปกครอง และผู้ปกครองควรได้รับการส่งเสริมความรู้และทักษะในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศร่วมด้วย เพื่อให้การป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Guo et al., 2019)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศของผู้ปกครองพบว่า มีการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตโดยการสนับสนุนของผู้ปกครองในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (Srithongkun et al., 2019) ซึ่งโปรแกรมดังกล่าว เป็นการพัฒนาทักษะชีวิตให้แก่ นักเรียนหญิงร่วมกับการสนับสนุนของผู้ปกครองในการให้ข้อมูลข่าวสาร และสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด การวัดผลของประสิทธิภาพของโปรแกรมในมุมมองของผู้ปกครองเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการวางแผน และการมีส่วนร่วมหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ หากผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมจะส่งผลให้การป้องกันมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะผู้ปกครองเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กและมีบทบาทในการสนับสนุนให้เด็กเกิดการรับรู้ได้อย่างเหมาะสม (Tassaneeyarat & Rodcumdee, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1981) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) ขั้นตอนที่ 2



Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention
Among Guardians of Middle School Girls in Communities
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) และขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศได้

ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ศึกษาในโรงเรียนที่อยู่ในชุมชน โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ดังนี้ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ 2) การสังเกตพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การเกิดการล่วงละเมิดทางเพศ เช่น การแต่งกาย การใช้สื่อโซเชียล เป็นต้น 3) การส่งเสริมการป้องกันตนเองของเด็ก โดยการสร้างความเชื่อมั่นของตนเองในเด็ก และ 4) การให้คำปรึกษาในการใช้สื่อโซเชียล การคบเพื่อน (Cashin & Weissbourd, 2017) การวิจัยครั้งนี้ มุ่งหวังให้ผู้ปกครองมีบทบาทในการอบรมสั่งสอนเด็กเกี่ยวกับการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ สามารถสังเกตพฤติกรรมของเด็ก และส่งเสริมให้เด็กมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมตามวัย เพื่อป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศและลดโอกาสเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็กหญิง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ก่อนและหลังของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน
2. คะแนนเฉลี่ยการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น หลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของ โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1981) มาเป็นกรอบในการดำเนินโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมี 3 ขั้นตอนย่อย คือ 1) การริเริ่มตัดสินใจ 2) การดำเนินการตัดสินใจ และ 3) การตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการร่วมกันออกแบบ จัดทำร่างแผนกิจกรรมฯ และข้อสรุปแผนกิจกรรมฯ ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติมี 3 ขั้นตอนย่อย คือ 1) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร 2) การเข้าร่วมในการบริหาร และ 3) การประสานขอความร่วมมือ โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมสะท้อนคิดในประเด็นของผลประโยชน์ คือ ด้านวัตถุ ด้านสังคม และด้านบุคคล และขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการประเมินผลความพึงพอใจ ความคาดหวังของครอบครัว ข้อดีและข้อบกพร่องของกิจกรรม ซึ่งจากดำเนินการตามแนวคิดการมีส่วนร่วมดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ปกครองสามารถป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศของเด็กหญิงได้ ตลอดจนลดโอกาสเสี่ยงของการถูกล่วงละเมิดทางเพศของเด็กหญิงต่อไป



Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention
Among Guardians of Middle School Girls in Communities
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนในชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ ปีการศึกษา 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กหญิงที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนในชุมชน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ปีการศึกษา 2565

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ โคเฮน (Cohen, 1992) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ 0.80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 โดยประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร จากการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตโดยการสนับสนุนของผู้ปกครอง ในการป้องกันตนเองในการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็กนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (Srihongkun et al., 2019) นำมาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล จากสูตร $d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$ เมื่อแทนค่า = $(111.87 - 99.97)/12.31$ เท่ากับ 0.97 จึงประมาณค่าขนาดอิทธิพลเป็นอิทธิพลขนาดใหญ่เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 21 คน

การศึกษานี้ ได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงเรียนในอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ มีขั้นตอน ดังนี้ 1) จับฉลากเลือก 2 ตำบลจาก 23 ตำบลในอำเภอหล่มสักได้ ตำบลห้วยไร่ และตำบลน้ำก้อ 2) จับฉลากเลือก โรงเรียนจากตำบลห้วยไร่ และตำบลน้ำก้อ โดยโรงเรียนที่สุ่มได้ก่อนเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ คือ โรงเรียนบ้านวังร่อง ตำบลห้วยไร่ และโรงเรียนที่สุ่มได้ทีหลังเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ คือ โรงเรียนบ้านฝาย ตำบลน้ำก้อ 3) ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านโปสเตอร์ ในรูปแบบอินโฟกราฟิก โดยส่งเข้าทางแอปพลิเคชันไลน์ของผู้ปกครองของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อประชาสัมพันธ์ การเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 4) ผู้วิจัยกำหนดสัดส่วนผู้ปกครองของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ตามลำดับชั้น โดยกำหนดชั้นละ 7 คน รวมทั้งหมด 21 คนในแต่ละโรงเรียน ผู้วิจัยเปิดรับการเข้าร่วมการวิจัยของผู้ปกครองจนครบจำนวนที่ต้องการ และตรวจสอบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าคือ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีโทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟน สามารถติดต่อสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์ได้ 3) สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครอบคลุมการ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ในปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชนมีการดำเนินการโปรแกรม 8 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นลักษณะคำถามปลายปิด จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ และระดับการศึกษา

2.2 แบบสอบถามการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศผู้ปกครองเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยข้อคำถามประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ



จำนวน 5 ข้อ 2) การสังเกตพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การเกิดการล่วงละเมิดทางเพศ เช่น การแต่งกาย การใช้สื่อโซเชียล เป็นต้น จำนวน 5 ข้อ 3) การส่งเสริมการป้องกันตนเองของเด็กโดยการสร้างความเชื่อมั่นของตนเองในเด็ก จำนวน 5 ข้อ และ 4) การให้คำปรึกษาในการใช้สื่อโซเชียล การคบเพื่อนจำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะแบบคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

เป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติ 6-7 ครั้ง ต่อสัปดาห์	ให้คะแนน 3 คะแนน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 4-5 ครั้ง ต่อสัปดาห์	ให้คะแนน 2 คะแนน
บางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 1-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	ให้คะแนน 1 คะแนน
ไม่เลย	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 0 คะแนน

โดยมีค่าคะแนน 0-60 คะแนน การแปลผลระดับการป้องกันฯ โดยใช้วิธีคำนวณอันตรายภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัยของข้อมูล คือหาผลต่างของค่าสูงสุดกับค่าต่ำสุดของข้อมูล แล้วเอาผลลัพธ์มาแบ่งเป็นช่วงที่เท่ากัน 5 ชั้น แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนน 49-60	หมายถึง	มีการป้องกันฯ ระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ยคะแนน 37-48	หมายถึง	มีการป้องกันฯ ระดับมาก
ค่าเฉลี่ยคะแนน 25-36	หมายถึง	มีการป้องกันฯ ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยคะแนน 13-24	หมายถึง	มีการป้องกันฯ ระดับน้อย
ค่าเฉลี่ยคะแนน 0-12	หมายถึง	มีการป้องกันฯ ระดับน้อยที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน เป็นอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำนวน 2 ท่าน ครูอนามัยโรงเรียนจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 ท่าน ค่าความค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหาทั้งหมด (S-CVI) ได้เท่ากับ .91 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ค่าความหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผ่านจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่ 014/2566 ผู้วิจัยทำการชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาในการทำวิจัย และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยขอความยินยอมด้วยการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนำเสนอโดยภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานผู้อำนวยการโรงเรียน แนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย กับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อขออนุญาตผู้บริหารโรงเรียนในการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย ผู้วิจัยประสานครูประจำชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตติดต่อประสานกับกลุ่มตัวอย่างทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยสร้างกลุ่มไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกลุ่มไลน์ ผู้วิจัยจึงทำ



Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention Among Guardians of Middle School Girls in Communities ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

การนัดหมายพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งผู้วิจัยขอความยินยอมด้วยการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 8 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 45 นาที

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ร่วมแสดงความคิดเห็นว่าปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศฯ มีความสำคัญอย่างไร เพราะอะไรถึงต้องได้รับการแก้ไข โดยให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอ จากนั้นผู้วิจัยนำเสนอสถานการณ์ปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และเปิดคลิปวิดีโอ หุดล่วงละเมิดทางเพศ หุดโทษเหยื่อ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศฯ โดยเริ่มตั้งแต่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทของครอบครัวในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ และผลกระทบต่อเด็ก ครอบครัวและสังคม และผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างในประเด็นที่ว่าท่านคิดว่าครอบครัวควรมีการริเริ่มตัดสินใจที่จะมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นหรือไม่

ผู้วิจัยมอบคู่มือการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สำหรับผู้ปกครองให้กับกลุ่มตัวอย่าง และให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นปัญหาตามสถานการณ์ ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างในประเด็นว่าครอบครัวควรมีการดำเนินการตัดสินใจวางแผนการมีส่วนร่วมในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศฯ หรือไม่ และเมื่อมีการตัดสินใจวางแผนร่วมกัน ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันออกแบบและจัดทำร่างแผนกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศฯ และนำเสนอแผนเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน และผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างในประเด็นการตัดสินใจลงมือปฏิบัติตามร่างแผนกิจกรรม

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำร่างแผนกิจกรรมของครอบครัวในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศฯ ไปจัดทำแผนกิจกรรม ฉบับสมบูรณ์ และเตรียมเผยแพร่แผนกิจกรรม ในขั้นตอนที่ 1 จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองมีส่วนร่วม ในการริเริ่มตัดสินใจ ร่วมกำหนดปัญหา และมีส่วนร่วมในการวางแผนพร้อมทำแผนกิจกรรมฯ

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลา 15 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ

ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในด้านทรัพยากร ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศฯ และชี้แจงเกี่ยวกับการใช้คู่มือการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นสำหรับผู้ปกครองให้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเน้นย้ำบทบาทของครอบครัวในการเข้าร่วมดำเนินกิจกรรม และแนะนำช่องทางในการขอความช่วยเหลือ และการประสานงานขอความร่วมมือของครอบครัวในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ

ผู้วิจัยนำร่างแผนกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศฯ มาจัดทำเป็นแผนกิจกรรมฉบับสมบูรณ์ และเผยแพร่ให้กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันพิจารณาแผนกิจกรรมฉบับสมบูรณ์ จากนั้นผู้วิจัยประสานกับกลุ่มตัวอย่างติดตามทางโซเชียล โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินทุกวันอาทิตย์ ถ่ายรูปแบบประเมิน การป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นของผู้ปกครอง



Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention
Among Guardians of Middle School Girls in Communities
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

ที่ทำในสัปดาห์นั้น ๆ จากกระบวนการขั้นตอนที่ 2 จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการประเมินแผนกิจกรรมฉบับสมบูรณ์

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3-7) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์

กลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามแผนกิจกรรมฉบับสมบูรณ์ และติดตามสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการปฏิบัติของครอบครัวในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ประโยชน์ ปัญหาอุปสรรค และให้คำปรึกษาให้ครอบครัวมีส่วนร่วมหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ทุกวันอาทิตย์) พร้อมทั้งผู้วิจัยให้กำลังใจ และชมเชยครอบครัวที่มีการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ และให้คำแนะนำหากพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม ในขั้นตอนที่ 3 จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องครบถ้วน

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 35 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละครอบครัว มีส่วนร่วมในการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินงานตามแผนกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัวในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ และให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความคาดหวัง และการวิเคราะห์ข้อดีและข้อบกพร่อง พร้อมทั้งร่วมกันหาทางแก้ไขในการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศฯ โดยเป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานตามแผนกิจกรรม การปฏิบัติของครอบครัวในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ จากนั้นผู้วิจัยสรุปการดำเนินงานการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในขั้นตอนที่ 4 จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการประเมินผลตามแผนกิจกรรมการปฏิบัติของครอบครัว ในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศฯ

กลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวฯ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 (ในสัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อประเมินการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ครั้งที่ 2 (ในสัปดาห์ที่ 8) ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และมอบคู่มือการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นสำหรับผู้ปกครอง จากนั้นให้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการล่วงละเมิดทางเพศของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการล่วงละเมิดทางเพศ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ และระดับการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ chi-square และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการป้องกันฯ โดยใช้สถิติ paired t-test ในการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม และใช้สถิติ independent t-test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 21 คน ซึ่งตลอดการดำเนินการโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างอยู่ครบ ร้อยละ 100 ทั้ง 2 กลุ่ม ในการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล



ของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษา ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 42)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21)		กลุ่มควบคุม (n = 21)		Chi-square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ	M = 42.76 (SD = 9.36)		M = 43.19 (SD = 8.74)		.614	.893
30-39 ปี	10	47.62	8	38.10		
40-49 ปี	8	38.10	9	42.86		
50-59 ปี	1	4.76	2	9.52		
60 ปีขึ้นไป	2	9.52	2	9.52		
เพศ					1.273	.259
ชาย	3	14.30	6	28.60		
หญิง	18	85.70	15	71.40		
ระดับการศึกษา					6.234	.182
ประถมศึกษา	10	47.62	4	19.05		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	19.05	10	47.62		
มัธยมศึกษาปลายขึ้นไป	7	33.33	7	33.33		

2. ด้านการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศของผู้ปกครองเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

การศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชนพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการป้องกันฯ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และจากการเปรียบเทียบคะแนนการป้องกันฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการป้องกันฯ ไม่แตกต่างกัน ($p = .063$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการป้องกันฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครอง (n = 42)

ระยะเวลา	คะแนนการป้องกันฯ		P-value ^a
	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	
ก่อนการทดลอง	34.76 (14.11)	27.90 (8.17)	.063
หลังการทดลอง	51.76 (8.80)	38.86 (4.83)	.001
P-value ^b			.001

a Independent sample t-test

b Paired sample t-test



Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention
Among Guardians of Middle School Girls in Communities
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลอง

การที่กลุ่มทดลอง ได้รับการส่งเสริมบทบาทของครอบครัว โดยการส่งเสริมความรู้ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ 2) การสังเกตพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การเกิดการล่วงละเมิดทางเพศ เช่น การแต่งกาย การใช้สื่อโซเชียล เป็นต้น 3) การส่งเสริมการป้องกันตนเองของเด็ก โดยการสร้างความเชื่อมั่นของตนเองในเด็ก และ 4) การให้คำปรึกษาในการใช้สื่อโซเชียล การคบเพื่อน อีกทั้งได้รับคู่มือฯ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษา และมีส่วนร่วมในการหาแนวทางแก้ปัญหาพร้อมกันมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนกิจกรรมการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ มีส่วนร่วมในการบันทึกผลการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ และได้รับการติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และได้มีส่วนร่วมในการประเมินผลกิจกรรมการป้องกันฯ

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศโดยเน้นที่ผู้ปกครอง พบว่าการอบรมให้ความรู้กับผู้ปกครองสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศได้อย่างมาก และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศมากขึ้น (Khanjari et al., 2017) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากระบวนการมีส่วนร่วมทำให้เกิดกลไกในการขับเคลื่อนให้ผู้ปกครองได้รู้จักบทบาทและหน้าที่ของตนในการดูแลเลี้ยงดูเอาใจใส่ต่อเด็กให้เจริญเติบโตเป็นบุคคลที่มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาในการส่งเสริมการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ (Rudolph & Zimmer-Gembeck, 2018) นอกจากนี้ผู้ปกครองยังมีความสำคัญอย่างมากในการให้ความรู้ อบรมสั่งสอน สังเกตพฤติกรรม และมีการสื่อสารกับเด็กในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ (Xie et al., 2016)

จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าการได้รับโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้มีการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มขึ้น เนื่องจากการได้รับโปรแกรมฯ ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1981) ที่ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโดยกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่ดำเนินการโดยผู้วิจัย

สำหรับกลุ่มทดลอง รูปแบบกิจกรรมเป็นทั้งกิจกรรมกลุ่มและรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรม 8 ครั้ง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ จึงก่อให้เกิดการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน และพบว่า การเปลี่ยนแปลงมากที่สุดเป็นเรื่องการสอนให้เด็กรู้จักการเป็นเจ้าของอวัยวะร่างกายของตนเอง ไม่อนุญาตให้ใครมาสัมผัสร่างกายได้ สำหรับเรื่องที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด คือ การสังเกตการใช้โทรศัพท์มือถือของเด็กเกี่ยวกับการพูดคุยทั้งทางแชท วิดีโอคอล และการใช้โทรศัพท์ โดยกลุ่มเป้าหมายในครั้งนี้มุ่งเน้นในกลุ่มผู้ปกครองที่อาศัยอยู่กับเด็กจริง เป็นผู้ดูแลเด็กในปัจจุบัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กวัยเรียนหลังการศึกษาป้องกันล่วงละเมิดทางเพศเด็กที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการออกแบบและดำเนินกิจกรรมอบรมเพื่อป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศเด็ก สามารถนำไปสู่การเกิดการปฏิบัติของผู้ปกครองที่เหมาะสม (Khanjari et al., 2017) และจากงานวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง



Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention Among Guardians of Middle School Girls in Communities ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

(ร้อยละ 90) ซึ่งให้ความสนใจดูแลเอาใจใส่เด็กที่เป็นเพศหญิงด้วยกันได้มากกว่าผู้ปกครองเพศชาย (Khoori et al., 2020)

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2

ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ นั้น เป็นผลมาจากโปรแกรมฯ ซึ่งมีความแตกต่างจากการส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการสื่อสารด้านสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่น ส่งเสริมให้ครอบครัวมีทัศนคติเชิงบวกในเรื่องเพศ สามารถสื่อสารเรื่องเพศอย่างสร้างสรรค์กับบุตรหลาน เพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการเลี้ยงดู และการสื่อสารเรื่องเพศอย่างสร้างสรรค์ในครอบครัวในการป้องกันการเกิดการล่วงละเมิดทางเพศ (UN Thailand, 2016) แต่ยังคงขาดการติดตามเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และแนวปฏิบัติในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ เด็กของผู้ปกครองของเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน: การศึกษานำร่องในกรุงปักกิ่ง และมณฑลเหอเป่ย์ ประเทศจีน พบว่า ผู้ปกครองที่มีทัศนคติเชิงบวก แต่มีความรู้และการปฏิบัติไม่ดี ควรเสริมสร้างความรู้และทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิผลเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างแนวปฏิบัติร่วมกันเพื่อป้องกันการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก (Guo et al., 2019)

การที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ นั้น จะมุ่งเน้นการให้ความรู้ และการรณรงค์ในกลุ่มเด็กในโรงเรียนเท่านั้น ทำให้การป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศยังมีการป้องกันน้อย หรือไม่ได้ป้องกันเลย แต่เมื่อผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรมฯ จนจบกระบวนการ 4 ขั้นตอน จึงทำให้เกิดการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศมากยิ่งขึ้น เพราะการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดำเนินการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ (Russell et al., 2024) ในเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นช่วยส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในแผนกิจกรรมฯ และทำให้ผู้มีส่วนร่วมนั้นยินยอมปฏิบัติตาม และรวมถึงตกลงยอมรับได้อย่างสมัครใจจนเกิดการปฏิบัติฯ (Chantrayotagorn & Udkhammee, 2021) จึงส่งผลให้หลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมานั้น สามารถส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตโดยการสนับสนุนของผู้ปกครองในการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในเด็กนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะการป้องกันตนเองจากการถูกล่วงละเมิดทางเพศทั้ง 4 ด้าน สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $< .001$) (Srithongkun et al., 2019)

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติ การป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน ที่นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1986) มาประยุกต์ใช้ ในรูปแบบของกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งจะทำให้ผู้ปกครองเกิดการพัฒนาตนเองจนเกิดการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กอย่างต่อเนื่อง



Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention Among Guardians of Middle School Girls in Communities ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุขอื่นที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยโรงเรียน หรือบุคลากรด้านการศึกษาในโรงเรียนสามารถนำองค์ความรู้การป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศฯ ไปสอนผู้ปกครองของนักเรียนในโรงเรียน เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้ความสามารถในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก
2. พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุขอื่นที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยโรงเรียน หรือบุคลากรด้านการศึกษาในโรงเรียนสามารถนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว มาเป็นต้นแบบให้กับโรงเรียนขยายโอกาสอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน เพื่อป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
3. การนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวจากงานวิจัยนี้ไปใช้ อาจจะต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง การนิยามลักษณะของผู้ปกครอง รวมทั้งเพศของผู้ปกครอง ซึ่งจะส่งผลต่อความรู้ความสามารถในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กของผู้ปกครองได้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลของการศึกษาในระยะยาว เพื่อติดตามประเมินผลลัพธ์เด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
2. ควรศึกษาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศของเด็กชายชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

References

- Babatsikos, G. (2010). Parents' knowledge, attitudes and practices about preventing child sexual abuse: A literature review. *Child Abuse Review*, 19(2), 107-129. <https://doi.org/10.1002/car.1102>
- Cashin, A., & Weissbourd, R. (2017). *Sexual harassment among teens is pervasive. Here's how parents can change that.* <https://www.washingtonpost.com/news/parenting/wp/2017/10/16/sexual-harassment-among-teens-is-pervasive-heres-how-parents-can-help-change-it/>
- Chanphong, J. (2019). Parent-child sexual communication. *Nursing Science Journal of Thailand*, 37(1), 4–16. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/180915> (in Thai)
- Chantrayotagorn, L., & Udkhammee, K. (2021). Effects of professional nurses participation program in perioperative nursing care to patient safety surgery Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, 29(1), 28-38. <https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/10680/9404>
- Chulpan, P. (2017). *Sexually abuse.* http://www2.yothinburana.ac.th/website/Teacher_Works/05_Health/preeda/book4.pdf (in Thai)
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98–101. <https://www.doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural development participation: Concept and measure for project design implementation and evaluation: Rural development committee center for international studies.* Cornell University Press.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1986). *World development.* McGraw-Hill.



Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention
Among Guardians of Middle School Girls in Communities
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

- Committee for Prevention and Resolution of Teenage Pregnancy Problems. (2016). *Adolescent pregnancy prevention and solution to the problem act, B.E. 2560-2569 (2017-2026), act for prevention and solution of the adolescent pregnancy problem, B.E. 2559 (2016)*.
http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1611217699.pdf (in Thai)
- Department of Mental Health. (2018). *The Ministry of Public Health joins forces to end violence against children and women by setting up “dependency centers” in all levels of health care facilities across the country*. <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28353> (in Thai)
- Guo, S., Chen, J., Yu, B., Jiang, Y., Song, Y., & Jin, Y. (2019). Knowledge, attitude, and practice of child sexual abuse prevention among parents of children with hearing loss: A pilot study in Beijing and Hebei Province, China. *Journal of Child Sexual Abuse, 28*(7), 781–798.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1627688>
- Jaikla, P., & Jaikla, A. (2019). Nurses’ role in child sexual abuse. *Journal of Health Science Research, 13*(2), 128–139. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/233447> (in Thai)
- Khanjari, S., Modabber, M., Rahmati, M., & Haghani, H. (2017). Knowledge, attitudes and practices among parents of school-age children after child sexual abuse prevention education. *Iran Journal of Nursing, 29*(104), 17-27. <https://www.sid.ir/paper/114377/en>
- Khoori, E., Gholamfarkhani, S., Tatari, M., & Wurtele, S. K. (2020). Parents as teachers: Mothers' roles in sexual abuse prevention education in Gorgan, Iran. *Child Abuse & Neglect, 109*, 104695. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104695>
- Kirdin, S., Vuthiarpa, S., & Bunthumporn, N. (2019). Effects of life skills program on knowledge and life skills to prevent sexual assault in female secondary school students. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 33*(1), 128-145. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/185666/130523> (in Thai)
- Klatthong, S. (2006). *Program development on prevention skills against sexual assault among school aged children in Maung District, Uttaradit Province* [Unpublished doctoral dissertation]. Mahidol University. (in Thai)
- Mileva, B., Goshev, M., & Alexandrov, A. (2020). Crimes against children: Sexual violence. *Science & Research, 5*(2), 42-48. <https://www.sandtr.org/journal/5/95.pdf>
- Pangsorn, A., & Sithicharoon, W. (2018). Demographic profiles of sexual abused cases in HRH princess Maha Chakri Sirindhorn medical center. *Ramathibodi Medical Journal, 41*(1), 38-47. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ramajournal/article/view/98466>
- Rudolph, J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2018). Parents as protectors: A qualitative study of parents' views on child sexual abuse prevention. *Child Abuse & Neglect, 85*, 28–38.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.016>



Effect of a Family Participation Program on Sexual Assault Prevention
Among Guardians of Middle School Girls in Communities
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศ
ในผู้ปกครองของเด็กหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในชุมชน

- Russell, D. H., Trew, S., Harris, L., Dickson, J., Walsh, K., Higgins, D. J., & Smith, R. (2024). Engaging parents in child-focused child sexual abuse prevention education strategies: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, e15248380241235895. <https://doi.org/10.1177/15248380241235895>
- Srithongkun, W., Auemaneekul, N., Powwattana, A., & Taechaboonsersak, P. (2019). The effects of a lifeskills program with parental support on sexual abuse prevention of elementary school girls. *Journal of Public Health Nursing*, 33(Online), 1–20. (in Thai)
- Tassaneeyarat, S., & Rodcumdee, B. (2014). The effect of child sexual abuse prevention program on intention to conduct preventive behaviors of primary school girl. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 26(1), 1-10. (in Thai)
- UN Thailand. (2016). *SDGs success stories in Thailand - prevention and solution of the adolescent pregnancy problem act A.D. 2016*. <https://thailand.unfpa.org/en/publications/sdgs-success-stories-thailand-prevention-and-solution-adolescent-pregnancy-problem-act> (in Thai)
- Vijitprecha, A. (2020). *Paweena reveals the statistics of the year 2020, more children were raped than the year and found the youngest age 2 years and 10 months*. <https://www.naewna.com/local/541714> (in Thai)
- World Health Organization. (2022). *Violence against children*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
- Xie, Q. W., Qiao, D. P., & Wang, X. L. (2016). Parent-Involved prevention of child sexual abuse: A qualitative exploration of parents' perceptions and practices in Beijing. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 999–1010. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0277-5>



The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention Towards COVID-19 Among Junior High School Students in Bang Soa Thong District, Samut Prakan Province
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

ชุตินา	สร้อยนาค*	Chutima	Soynak*
กัลยา	มันล่วน**	Kanlaya	Munluan**
อัจฉรา	เดชขุน*	Adchara	Dejkun*
กัญญา	สุวรรณศิริพันธ์*	Kanya	Suwankerekhun*

Abstract

Encouraging junior high school students to have awareness about COVID-19 will result in disease surveillance behavior and prevention of COVID-19 infection. This descriptive research had the following objectives: 1) study levels of awareness about COVID-19 and behavior for surveillance and prevention of infection and 2) study the relationship between awareness about COVID-19 with behaviors to monitor and prevent infection with COVID-19 among junior high school students. The sample group consisted of 166 junior high school students studying in schools in Bang Sao Thong District, Samut Prakan Province. The research tool consisted of three parts: 1) personal information 2) awareness about the occurrence of COVID-19, and 3) behavior to monitor and prevent the occurrence of COVID-19 infection. Content validity was checked by three experts, demonstrating acceptable values at .77, .72, and .87. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient statistics.

The results found that junior school students had awareness about COVID-19 and behavior for surveillance and prevention of the occurrence of COVID-19 infection at a moderate level. It was found that perceived susceptibility of COVID-19, perceived severity of COVID-19, perceived benefits of following measures to prevent COVID-19, and perceived barriers to following measures to prevent COVID-19 showed a statistically significant relationship with behavior to monitor and prevent against COVID-19 infection ($r = .345, .327, .393, \text{ and } .182$, respectively).

The results of this research can be used as basic information for teaching and learning in health education to help students learn about and realize the importance of health, enhancing their ability to practice health care and disease prevention effectively.

Keywords: Disease awareness; Disease surveillance and prevention behavior; COVID-19 disease; Junior high school students

* Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew chalemprakit University

** Corresponding author, Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Rattana Bundit University;
e-mail: Kanlaya.munl@gmail.com

Received 16 February 2024; Revised 9 May 2024; Accepted 17 June 2024



The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention
Towards COVID-19 Among Junior High School Students
in Bang Soa Thong District Samut Prakan Province

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

บทคัดย่อ

การส่งเสริมให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้ การวิจัยเชิงพรรณนาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 166 คนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน ในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และ 3) พฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยมีผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้เท่ากับ .77, .72 และ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลวิจัยพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .345, .327, .393$ และ $.182$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนในวิชาสุขศึกษา เพื่อช่วยให้นักเรียนได้เรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การรับรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรค โรคโควิด-19 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต e-mail: Kanlaya.munl@gmail.com

วันที่รับบทความ 16 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไขบทความ 9 พฤษภาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 17 มิถุนายน 2567



The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention Towards COVID-19 Among Junior High School Students in Bang Soa Thong District Samut Prakan Province

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019) ได้ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกเป็นจำนวนมาก โดยมีผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นในระยะเวลาที่รวดเร็ว องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) ในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 (WHO, 2020) และในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 หลังจากเชื้อไวรัสได้ลุกลามไปอย่างรวดเร็วทั่วโลก กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และจากสถานการณ์การแพร่ระบาด ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม จำนวน 1,904,603 คน ผู้ที่ได้รับการรักษาจนหายแล้ว จำนวน 1,741,244 คน กำลังรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 49,711 คน และเสียชีวิตรายใหม่ จำนวน 128 คน (Department of disease control, 2022) และ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลติดเชื้อสะสม จำนวน 38,457 ราย และเสียชีวิตสะสม จำนวน 848 ราย (Department of disease control, 2023)

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของประเทศไทยนั้น ได้ใช้มาตรการ “กึ่งปิดเมือง” (Semi-lockdown) และมาตรการรักษาระยะห่าง (Social Distancing) เพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ซึ่งส่งผลต่อการปิดสถานที่สาธารณะ รวมทั้งโรงเรียน เพื่อหลีกเลี่ยงการรวมตัวกันของกลุ่มคนจำนวนมาก ทางโรงเรียนได้ให้ความสำคัญกับการจัดการเรียนการสอนของนักเรียน เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถติดต่อผ่านทางสัมผัสโดยตรงกับละอองของสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินหายใจและน้ำลายของผู้ติดเชื้อ และสามารถแพร่เชื้อจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้ (Tittummo et al., 2020) นอกจากนี้โรงเรียนยังเป็นสถานที่ซึ่งมีนักเรียน ครู ผู้ดูแลนักเรียน ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ และผู้ปฏิบัติงานจำนวนมากมาอยู่รวมกัน ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ง่าย

การติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 พบได้ในทุกกลุ่มอายุ จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการติดเชื้อมากในกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มคนที่มีอายุมากขึ้น ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น หากได้รับการติดเชื้อจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 3 แต่มีโอกาสติดเชื่อน้อยกว่าในกลุ่มวัยอื่น ๆ (Department of disease control, 2023) ในช่วงเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2565 นั้น พบว่า มีการติดเชื้อมากเพิ่มขึ้น ในเด็กอายุ 13-19 ปี ซึ่งอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น มีอัตราการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ (Department of disease control, 2022) เนื่องจากเป็นวัยที่มีการชอบรวมกลุ่ม ต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและสังคม ชอบความท้าทาย อยากรู้อยากลอง การคิดและการใช้เหตุผลยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ ทำให้วัยรุ่นตอนต้นมีการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์และถูกชักจูงได้ง่าย พัฒนาการต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้วัยรุ่นตอนต้นมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงได้มากขึ้น (Klunklin, 2020) จึงอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะนำเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ไปสู่ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก และคนในครอบครัวได้

ในช่วงปี พ.ศ. 2565 สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มดีขึ้น มีโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เปิดเรียนรูปแบบ On site แล้วทั่วประเทศ โดยเน้นย้ำในการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัย 6-6-7 เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา ประกอบด้วย 1) 6 มาตรการหลัก (DMHT-RC) ได้แก่ เว้นระยะห่าง สวมหน้ากาก ล้างมือ คัดกรองวัดไข้ ลดการ



The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention Towards COVID-19 Among Junior High School Students in Bang Soa Thong District Samut Prakan Province

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

แออัด และทำความสะอาด 2) 6 มาตรการเสริม ได้แก่ ดูแลตนเอง ใช้ช้อนกลางส่วนตัว กินอาหารปรุงสุกใหม่ ลงทะเบียนเข้าออกโรงเรียน สํารวจตรวจสอบและกักกันตัวเอง 3) 7 มาตรการเข้มสำหรับสถานศึกษา ได้แก่ 1) Thai Stop Covid plus (TSC+) และรายงานผลผ่าน MOE CPVIVID อย่างต่อเนื่อง 2) Small Bubble ทำกิจกรรมแบบกลุ่มย่อย 3) อาหารตามหลักสุขาภิบาลและหลักโภชนาการ 4) อนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งอากาศ ความสะอาด น้ำ ชยะ 5) School Isolation มีแผนเผชิญเหตุและซักซ้อม 6) Seal Route ดูแลการเดินทางจากบ้านไปโรงเรียน 7) School Pass สำหรับนักเรียน ครู และบุคลากรในสถานศึกษาได้รับวัคซีนจำนวนมากที่สุดอย่างน้อย 85% (The Government Public Relations Department, 2021).

ปัจจุบัน ยังไม่มีการค้นพบยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นเป้าหมายหลักในการควบคุมโรค คือ การป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น รวมไปถึงการป้องกันตัวเองให้รอดพ้นจากเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน (Inthacharoen et al., 2021) ทั้งนี้โรคติดต่อเป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม หากประชาชนมีพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคที่ดี จะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปสู่บุคคลอื่นได้ ซึ่งก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิต รวมไปถึงการมีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาด เช่น การสั่งปิดกิจการ ร้านอาหาร โรงเรียน ตลอดจนการห้ามเดินทางข้ามจังหวัด ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจรายได้ และอาชีพ ตามมา (Khumsaen, 2022)

พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนทุกกลุ่มวัยนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด จึงจะสามารถลดการระบาดของโรคลงได้ ดังนั้น พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 จะมีประสิทธิภาพมากหรือน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า กลุ่มพระสงฆ์ มีพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก (Meenongwah et al., 2022)

ปัจจัยสำคัญ ที่มีผลต่อพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่อธิบายถึงพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล (Stretcher & Rosenstock, 1973) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว (Janthasri & Kensila, 2022)

จากการรวบรวมจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ตัวแปรการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรง สามารถอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ในเกือบทุกการศึกษา (Jaisupapt & Sirinual, 2024) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ เอ็มอัชมา วัฒนบุรานนท์ และคณะ (Wattanaburanon et al., 2021) เรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.43$) และการศึกษาของ อนันต์ศักดิ์ จันทร์ศรี และ อุมพร เคนศิลา (Janthasri & Kensila, 2022) ที่ทำการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง



ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชนมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46$)

จากการสังเกตภายในโรงเรียนในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ในช่วงสัปดาห์แรกของการเปิดเรียน โดยครูประจำชั้น ส่วนใหญ่พบว่า มีพฤติกรรมบางประการที่ยังไม่เหมาะสม เช่น มีนักเรียนละเลยการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคม ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากการมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จึงส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ถูกต้องเหมาะสมตามไปด้วย และในระยะยาวอาจทำให้นักเรียนมีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น มีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรุนแรงออกไปในวงกว้างทั้งในโรงเรียน ในครอบครัว และในชุมชนได้ เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่สามารถแพร่ระบาดจากโรงเรียนไปยังบ้าน ตลอดจนชุมชนที่นักเรียนอาศัยอยู่ เพราะฉะนั้นนักเรียนจึงต้องมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องและเหมาะสม แต่ถ้าหากไม่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อนักเรียน ทำให้ต้องหยุดพักการเรียน ไม่สามารถเรียนได้ทันตามกำหนดเวลา และหากมีอาการรุนแรงอาจส่งผลต่อชีวิตได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงาน และการแก้ไขปัญหาในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

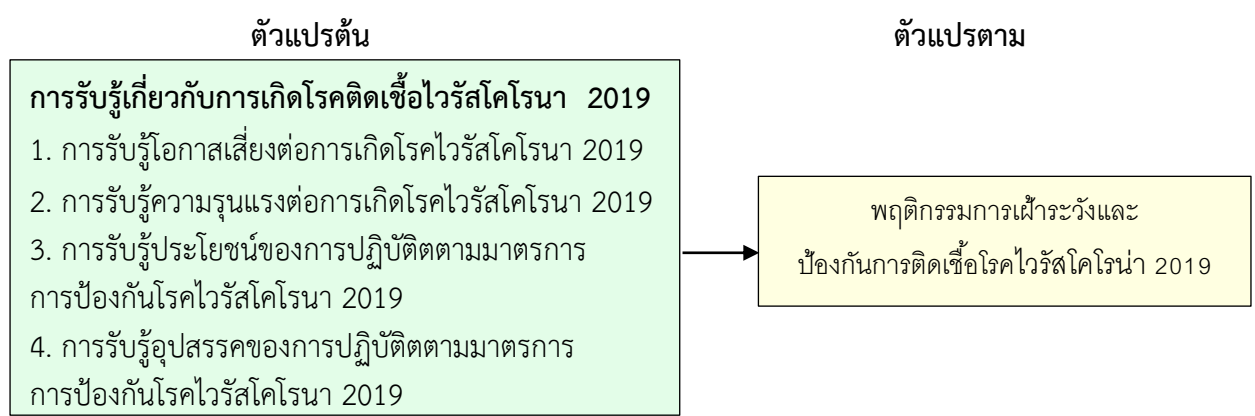
กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์จากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดของ สเตรทเชอร์ และ โรเซนสต็อก (Stretcher & Rosenstock, 1973) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลที่เชื่อว่าปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีกับตนเอง ทำให้มีความยินดีในการปฏิบัติ การให้ข้อมูลอาจได้ผลไม่เต็มที่ หากไม่คำนึงถึงความเชื่อของผู้ปฏิบัติ ความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 จะเป็นตัวผลักดันให้เกิดการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention Towards COVID-19 Among Junior High School Students in Bang Soa Thong District Samut Prakan Province

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีอายุ 13-15 ปี ในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 14 โรงเรียน นักเรียนทั้งหมด จำนวน 610 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีอายุ 13-15 ปี ในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีการกำหนดสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา อายุ 13-15 ปี ในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ สามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 166 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G * power version 3.10 (Faul et al., 2009) เลือกใช้ Statistic Test - Correlation Bivariate Normal Mode! กำหนดนัยสำคัญ (O) .05 อำนาจทดสอบ (Power of analysis) = 0.08 ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium Effect Size) = 0.3 (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 138 คน และเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือข้อมูลที่มีการสูญหายได้เท่ากับ 166 คน โดยมีการกำหนดสมบัติกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติ ดังนี้ เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา อายุ 13-15 ปี ในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ สามารถใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จำนวน 6 โรงเรียน จำแนกตามโรงเรียน ภายในมีลักษณะตัวแปรต้นคล้ายคลึงกันซึ่งคือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ภายนอกมีลักษณะตัวแปรต้นที่แตกต่างกัน คือ เพศ และคณะวิชา โดยมีคำนวณสัดส่วนในการสุ่ม ดังนี้

$$n = \frac{n}{N} \times 100$$

แทนค่า $= \frac{166}{610} \times 100 = 27.21$ ปัดเศษลง เท่ากับ 27

ดังนั้น จะได้สัดส่วน ร้อยละ 27 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการในแต่ละโรงเรียน ดังตารางที่ 1



The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention
Towards COVID-19 Among Junior High School Students
in Bang Soa Thong District Samut Prakan Province

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

ตารางที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงเรียน

ชื่อโรงเรียน	จำนวนนักเรียน (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงเรียนที่ 1	35	10
โรงเรียนที่ 2	135	36
โรงเรียนที่ 3	97	26
โรงเรียนที่ 4	72	20
โรงเรียนที่ 5	159	44
โรงเรียนที่ 6	112	30
รวม	610	166

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ กำลังเรียนอยู่ชั้น และแหล่งที่มาของข้อมูลเรื่องโรคโควิด 2019 จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Stretcher & Rosenstock, 1973) และแบบสอบถามของ ภัคณัฐ วีระจร และคณะ (Weerakhachon et al., 2020) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับแนวคิดและทฤษฎี ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ การแปลผลช่วงของค่าเฉลี่ยคะแนนในส่วนของคำตอบที่เป็นตัวเลขการกำหนดระดับการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้เกณฑ์ (Khazanie, 1996) ดังนี้

คะแนน	10.00 – 23.33	ระดับน้อย
คะแนน	23.34 – 36.67	ระดับปานกลาง
คะแนน	36.68 – 50.00	ระดับมาก

การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 7 ข้อ การแปลผลช่วงของค่าเฉลี่ยคะแนนในส่วนของคำตอบที่เป็นตัวเลขการกำหนดระดับการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้เกณฑ์ (Khazanie, 1996) ดังนี้

คะแนน	7.00 – 16.33	ระดับน้อย
คะแนน	16.34 – 25.67	ระดับปานกลาง
คะแนน	25.68 – 35.00	ระดับมาก

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 7 ข้อ การแปลผลช่วงของค่าเฉลี่ยคะแนนในส่วนของคำตอบที่เป็นตัวเลขการกำหนดระดับการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้เกณฑ์ (Khazanie, 1996) ดังนี้

คะแนน	7.00 – 16.33	ระดับน้อย
คะแนน	16.34 – 25.67	ระดับปานกลาง
คะแนน	25.68 – 35.00	ระดับมาก



The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention
Towards COVID-19 Among Junior High School Students
in Bang Soa Thong District Samut Prakan Province

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ การแปลผลช่วงของค่าเฉลี่ยคะแนนในส่วนของคำตอบที่เป็นตัวเลขการกำหนดระดับการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้เกณฑ์ (Khazanie, 1996) ดังนี้

คะแนน	6.00 – 16.00	ระดับน้อย
คะแนน	16.01 – 26.01	ระดับปานกลาง
คะแนน	26.02 – 30.00	ระดับมาก

รวมทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 เห็นด้วย 3 ไม่แน่ใจ 2 ไม่เห็นด้วย 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลช่วงของค่าเฉลี่ยคะแนนในส่วนของคำตอบที่เป็นตัวเลขการกำหนดระดับการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้เกณฑ์ (Khazanie, 1996) ดังนี้

คะแนน	30.00 – 70.00	ระดับน้อย
คะแนน	71.01 - 141.01	ระดับปานกลาง
คะแนน	142.02 – 150.00	ระดับมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Stretcher & Rosenstock, 1973) และแบบสอบถามของ ภักดิ์รัฐ วีรขจร และคณะ (Weerakhachon et al., 2020) โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับแนวคิดและทฤษฎี จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 4 ปฏิบัติเป็นประจำ 3 ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ 2 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1 ไม่ปฏิบัติเลย

การแปลผลช่วงของค่าเฉลี่ยคะแนนในส่วนของคำตอบที่เป็นตัวเลขการกำหนดระดับการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคโควิด-19 ใช้เกณฑ์ ดังนี้ (Khazanie, 1996)

คะแนน	10.00 – 20.00	ระดับต่ำ
คะแนน	20.01 – 31.01	ระดับปานกลาง
คะแนน	31.02 – 40.00	ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 2) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หลังจากผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 1 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ .67 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 1 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ .67



The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention
Towards COVID-19 Among Junior High School Students
in Bang Soa Thong District Samut Prakan Province

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน ที่โรงเรียนวัดสลุด และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ .77 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ .72 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ .87 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตามเลขที่เอกสารรับรองโครงการการวิจัย HCU-EC1360/2566 จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่า ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ และยังต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และในการรวบรวมข้อมูล ไม่ระบุชื่อ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 3 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เสนอต่อผู้อำนวยการเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรปราการ เขต 2 เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ตลอดจนขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย พร้อมอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ โดยใช้ Google form โดยข้อมูลที่ได้จะไม่ใช้ชื่อนามสกุลจริงในการกรอกข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ และก่อนทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอธิบายและทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครอง จึงลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ ดังนี้

1. หาค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ Pearson correlation coefficient

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา อายุ 13-15 ปี ในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 166 คน มีอายุ 13 ปี จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 54.80 รองลงมา อายุ 14 ปี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 เป็นเพศหญิง จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 55.40 เรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 64 คน



The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention
Towards COVID-19 Among Junior High School Students
in Bang Soa Thong District Samut Prakan Province

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

คิดเป็นร้อยละ 38.60 และรับข่าวสารทางโทรทัศน์ จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 58.4 รองลงมา จากคน
ในครอบครัวและญาติ จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 25.9

2. ระดับการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยคะแนน 40.53 (SD =
4.53) ซึ่งอยู่ในระดับมาก การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยคะแนน 27.59 (SD =
3.71) อยู่ในระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 มี
ค่าเฉลี่ยคะแนน 28.24 (SD = 3.99) อยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกัน
โรคไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยคะแนน 20.20 (SD = 5.07) อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง
และป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 29.10 (SD = 5.85) อยู่ในระดับปานกลาง
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 19 และพฤติกรรม
การเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขต
อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ (n = 166)

ตัวแปร	M	SD	Level
การรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019	40.53	4.53	มาก
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019	27.59	3.71	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019	28.24	3.99	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019	20.20	5.07	ปานกลาง
พฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019	29.10	5.85	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคโคโรนา 2019
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิด
ไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 และการ
รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
เฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, .32, .39$ และ $.18$
ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3



The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention
Towards COVID-19 Among Junior High School Students
in Bang Soa Thong District Samut Prakan Province

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

ตัวแปร	r	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019	.345*	<.001
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019	.327*	<.001
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019	.393*	<.001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019	.182*	<.010

* p-value < .01

การอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการเฝ้าระวัง และป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการการเฝ้าระวังโรคไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ถ้าป่วยอาจเป็นอันตราย ใช้เวลานานในการรักษา ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน อาจถึงแก่ชีวิตได้ จึงทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ วัลญา รักปาน และคณะ (Rakpan et al., 2022) พบว่า นักศึกษามีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก และนอกจากนี้จากการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร และคณะ (Panyathorn et al., 2022) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง สาเหตุเกิดจากการที่ครูประจำชั้นได้ทำการสังเกตภายในโรงเรียน ในช่วงสัปดาห์แรกของการเปิดเรียน ส่วนใหญ่พบว่า มีพฤติกรรมบางประการที่ยังไม่เหมาะสม เช่น มีนักเรียนละเลยการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย เทียนถาวร และ ณรงค์ ใจเที่ยง (Thianthavor & Chitiang, 2022) ที่พบว่า กลุ่มวัยเรียนในมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ ดาวรุ่ง เขียวกุล และคณะ (Yaowakul et al., 2022) ที่ทำการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง

3. การทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019



The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention Towards COVID-19 Among Junior High School Students in Bang Soa Thong District Samut Prakan Province

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ อธิบายได้ว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในแต่ละด้านอยู่ในระดับสูง จะส่งผลให้พฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 สูงตามไปด้วย สะท้อนให้เห็นว่า การรับรู้ของบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและการป้องกันโรค สอดคล้องกับแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพของ สเตรทเซอร์ และ โรเซนสโตก (Stretcher & Rosenstock, 1973) ที่อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการเรียนรู้สุขศึกษาซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้นักเรียนได้เรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การศึกษาของ พิชญาวดี โจสุภาพ และ สุทธิชัย ศิริ นวล (Jaisupap & Sirinual, 2024) ยังพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 และจากการศึกษาของ วัลญา รักปาน และ คณะ (Rakpan et al., 2022) ที่พบว่า นักศึกษามีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 สัมพันธ์กับพฤติกรรม การเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนในวิชาสุขศึกษา ซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้นักเรียนได้เรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับนักเรียน เช่น ผู้ปกครองของนักเรียนในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19

References

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of disease control. (2022). *Situation of people infected with COVID-19*. <https://public.tableau.com/views/SATCOVIDDashboard/1-dash-tiles?:showVizHome=no>
- Department of disease control. (2023). *Summary of COVID totals in 2023*. <https://www.prachachat.net/general/news-1470494>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160.
- Inthacharoen, A., Kanchanapoom, K., Tansakul, K., & Pattapat. S. (2021). Factors influencing preventive behavior towards coronavirus disease 2019 among people in Khohong Town Municipality Songkhla Province. *Journal of Council of Community Public Health, 3*(2), 19-30. (in Thai)



The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention
Towards COVID-19 Among Junior High School Students
in Bang Soa Thong District Samut Prakan Province

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

- Janthasri, A., & Kensila, U. (2022). The relationship between health belief and coronavirus disease – 2019 preventive behavior among older adults in community. *Kuakarun Journal of Nursing*, 29(1), 1-13. (in Thai)
- Jaisupap, P., & Sirinual, S. (2024). Health belief model and preventive behaviors for coronavirus disease-2019 among secondary school students at Wiangsa District, Nan Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 10(1), 94-104. (in Thai)
- Khazanie, R. (1996). *Statistics in a world of application* (4th ed.). Harper Collin College Publishers.
- Khumsaen, N. (2022). Knowledge, attitudes, and preventive behaviors of COVID-19 among people living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(1), 33-48. (in Thai)
- Klunklin, P. (2020). *Nursing for children and adolescents*. Smart Coating and Services.
- Meenongwah, J., Promwong, W., Siriwatthano, S., Tabaselo, S., & Kosonwiharakol, S. (2022). Health belief model and disease prevention behaviors on coronavirus disease (Covid-19) among monks in Ubon Ratchani Province. *Journal of MCU Ubon Review*, 7(1), 817-832. (in Thai)
- Panyathorn, K., Sapsirisopa, K., Sriboonpimsuay, W., Tanglakmankhong, K., & Srisuwan, P. (2022). Knowledge, health beliefs and preventing behaviors of COVID-19 among village health volunteers in Cheangpin Sub-district, Mueang District, Udonthani Province. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 30(1), 1-11. (in Thai)
- Rakpan, W., Khongkaew, S., Kassarot, A., Promjaruen, S., & Sookkull, K. (2022, 7-8th August). *Health belief model in COVID-19 preventive behaviors among students in Surat Thani Province Rajabhat University*. 14th National Academic Conference, Nakhon Pathom Rajabhat University. (in Thai)
- Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1973). The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. pp. 31-43. Jossey-Bass.
- The Government Public Relations Department. (2021). *Remind educational institutions to use measures 6-6-7, emphasizing that students must learn as safely as possible*. <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/33/iid/65560>
- Thianthavor, V., & Chitiang, N. (2022). Relationship between health literacy and behaviors to prevent COVID-19 among university students. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 4(2), 126-137. (in Thai)



The Relationship Between the Perception and the Behavior of Surveillance and Prevention
Towards COVID-19 Among Junior High School Students
in Bang Soa Thong District Samut Prakan Province

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

- Tittummo, S., Sukchoto, T., & Tainchang, W. (2020). Student support and teaching and learning in the Covid-19 situation. *Journal of Graduate Review Nakhon Sawan Buddhist College*, 8(2): Vesakha Puja, 143-154. (in Thai)
- Wattanaburanon, A., Sirichote, M., Piyaaramwong, P., & Sattayathewa, S. (2021). Perceptions and preventive behaviors of the covid-19 among high school students in Bangkok, Thailand. *Journal of Liberal Arts, Maejo University*, 9(1), 36-49. (in Thai)
- Weerakhachon, P., Kwanpichit, C., Nawsuwan, K., & Singweratham, N. (2020). Perception and preventive behaviors on the coronavirus disease-2019 (covid-19) among personnel in medical operations at southern border provinces medical center. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 3(3), 106-117. (in Thai)
- WHO. (2020). *Archived: WHO timeline - COVID-19*. <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Yaowakul, D. Abdullakasim, P., & Maharachpong, N. (2022). Health literacy on coronavirus disease 2019 prevention behaviors of village health volunteers in region6 health provider. *Research and Development Health System Journal*, 15(1), 257-272. (in Thai)



Effectiveness of the Knowledge and Practices for Infection Transmission Prevention Promotion Program Among Relatives of Patients in Medical Wards*

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
ในญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม*

กุลธิดา	จันทร์จาด**	Koontida	Chanchad**
นงศ์คราญ	วิเศษกุล***	Nongkran	Viseskul***
นงเยาว์	เกษตร์ภิบาล****	Nongyao	Kasatpibal****

Abstract

Hospital-associated infections (HAI) can result in severe illness and death. Relatives of patients, as the persons who are involved with taking care of patients closely, can be exposed to and transmit microorganisms in hospitals. This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of the knowledge and practices gained through the infection transmission prevention promotion (KPITPP) program among relatives of patients in medical wards. The participants consisted of 50 relatives of patients undergoing treatment in medical wards in a tertiary hospital. The participants were divided into two groups which consisted of 25 each in an experimental group and a control group. The research instruments included the KPITPP program, a demographic data questionnaire, a knowledge test, and an infection transmission prevention practice questionnaire. The content validity indices of the knowledge test and the infection transmission prevention practice questionnaire were .95 and .95, respectively. The reliabilities of the knowledge test and the infection transmission prevention practice questionnaire were .81 and .80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test, Chi-square test, and Fisher's exact test.

The results of the study revealed that after implementing the program, the experimental group's median knowledge score increased significantly from 25.00 to 28.00 out of 30.00 points ($p < .001$) which was significantly higher than the control group with a median knowledge score of 25.00 points ($p = .001$). The experimental group's median practice scores for infection transmission prevention increased significantly from 51.00 to 63.00 out of 75.00 points ($p < .001$) which was significantly higher than the control group with a median practice score of 53.00 points ($p < .001$).

The results showed that the KPITPP program could improve knowledge and transmission prevention practices among relatives of patients and should be implemented to promote knowledge and practice of infection transmission prevention in other wards.

Keywords: Program; Knowledge; Practices; Infection transmission prevention; Relatives of patients

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: fai081024@gmail.com

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 17 September 2023; Revised 5 November 2023; Accepted 8 November 2023

**บทคัดย่อ**

การติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นและเสียชีวิตได้ ญาติผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและมีโอกาสสัมผัสเชื้อก่อโรค ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยจำนวน 50 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในดำเนินการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติเท่ากับ .95 และ .95 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติเท่ากับ .81 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบ Wilcoxon signed rank test, Mann Whitney U test, Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานความรู้เพิ่มขึ้นจาก 25.00 คะแนน เป็น 28.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30.00 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนมัธยฐานความรู้หลังการทดลอง 25.00 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้นจาก 51.00 คะแนน เป็น 63.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75.00 คะแนน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติ หลังการทดลอง 53.00 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้ญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้น จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วยอื่น

คำสำคัญ: โปรแกรม ความรู้ การปฏิบัติ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ญาติผู้ป่วย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: fai081024@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (hospital-associated infection [HAI]) เป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขทั่วโลก จากรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลในปี ค.ศ. 2021 ของเครือข่ายความปลอดภัยสุขภาพแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Healthcare Safety Network [NHSN]) พบการติดเชื้อในโรงพยาบาล 65,199 ครั้ง คิดเป็นอัตราการติดเชื้อ 0.38 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (Lastinger et al., 2023) สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั่วประเทศโดยสถาบันบำราศนราดูร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลในภาพรวมเท่ากับ 1.31 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, 2022) ซึ่งการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นและเสียชีวิตได้ ในขณะที่เดียวกันก็ทำให้ค่าใช้จ่ายในระบบบริการสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้น (Shrestha et al., 2022)

ปัจจัยทางระบาดวิทยาที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในโรงพยาบาล คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัว และได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าสู่ร่างกาย จะมีโอกาสติดเชื้อในโรงพยาบาลได้มากขึ้น (Moolasart et al., 2019; Nair et al., 2018; Stewart et al., 2021) 2) ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรค พบว่า เชื้อก่อโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาลแบ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบและแบคทีเรียแกรมบวก แบคทีเรียแกรมลบที่สำคัญ ได้แก่ *Acinetobacter baumannii* เชื้อแบคทีเรียในกลุ่ม Enterobacteriaceae และ *Pseudomonas aeruginosa* แบคทีเรียแกรมบวกที่สำคัญ ได้แก่ *Enterococcus* spp., *Staphylococcus aureus* และ *Clostridium difficile* (Facciola et al., 2019; Haque et al., 2018; Jia et al., 2019; Moolasart et al., 2019; Stewart et al., 2021; Voidazan et al., 2020) และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในโรงพยาบาลแบ่งเป็น สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิต ได้แก่ สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยที่มีการปนเปื้อน เช่น รวากันเตียง ตู้ข้างเตียง และโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น และสิ่งแวดล้อมที่มีชีวิต ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ รวมไปถึงญาติผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

การที่ญาติผู้ป่วยปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ ดังการศึกษาประสิทธิภาพของการทำความสะอาดมือของญาติผู้ป่วยในประเทศแซมเบีย พบเชื้อแบคทีเรียบนมือของญาติผู้ป่วย 3 อันดับแรกคือ Coagulase Negative *Staphylococci* ร้อยละ 33.30 *Bacillus* spp. ร้อยละ 28.90 และ *Staphylococcus aureus* ร้อยละ 22.20 ตามลำดับ (Nawa et al., 2021) นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ญาติผู้ป่วยสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ได้แก่ เสื้อคลุมและถุงมือก่อนให้การดูแลผู้ป่วยเพียงร้อยละ 41.90 และไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลร้อยละ 32.30 (Seibert et al., 2018) และการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ร้อยละ 38.89 ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 ในโรงพยาบาลเป็นญาติผู้ป่วย ซึ่งญาติกลุ่มดังกล่าวร้อยละ 19.04 ติดเชื้อจากผู้ป่วย และร้อยละ 28.57 แพร่เชื้อให้ผู้ป่วยโดยพบว่า ญาติรับประทานอาหารและพูดคุยใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย และบางรายให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยรายอื่นที่ไม่ได้อยู่ในความดูแลด้วย (Lee et al., 2022) ดังนั้นญาติเป็นบุคคลที่อาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ หากขาดความรู้และทักษะในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล (Sunkwa-Mills et al., 2020)

บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศไทย อนุญาตให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาบทบาทของญาติผู้ป่วยในประเทศบังกลาเทศ อินโดนีเซียและเกาหลีใต้ พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและปฏิบัติกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลด้านการขับถ่าย และการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ อาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ (Park et al., 2022) ดังนั้นญาติผู้ป่วยจึงควรมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล โดยการปฏิบัติตามหลักการ



ปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน (standard precautions)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำหลักปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของศูนย์ควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาใช้เป็นแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับญาติผู้ป่วยประกอบด้วย 4 หมวดกิจกรรม ได้แก่ 1) การทำความสะอาดมือ 2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วยและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล 3) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย และ 4) การจัดการอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัว ผ้า และขยะมูลฝอยของผู้ป่วย ดังนั้นญาติผู้ป่วยจึงควรมีความรู้และปฏิบัติตามหลักการอย่างถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ญาติยังมีความรู้ที่ไม่เพียงพอและมีการปฏิบัติในบางกิจกรรมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล โดยการศึกษาในประเทศอียิปต์ พบว่า ญาติส่วนใหญ่มีความรู้ค่อนข้างต่ำในประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อและความเสี่ยงของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Abou Saad et al., 2020) นอกจากนี้การศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในประเทศไทย พบว่า ญาติมีการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 38.25 (Yuin, 2021) ปัจจุบันโรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศไทยมีการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อแรกรับเกี่ยวกับเรื่องกฎระเบียบของหอผู้ป่วย สถานที่ในหอผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วย โดยใช้วิธีการบรรยายการสาธิตการดูแลผู้ป่วยและการสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยของญาติ โดยยังไม่ได้เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ดังนั้นการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจึงมีความจำเป็นสำหรับญาติผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าแนวคิด PRECEDE-PROCEED model เป็นแนวคิดที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติ โดยแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ซึ่ง ลอร์เรนซ์ ดับเบิลยู กรีน และ มาร์แชลล์ ครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) มีแนวคิดว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนต้องอาศัยปัจจัยหลายด้านประกอบกัน ซึ่งในระยะที่ 3 และ 5 ของแนวคิดสามารถนำมาปรับใช้ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติของญาติผู้ป่วยได้ โดยการประเมินและส่งเสริมปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) 2) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) และ 3) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ดังการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลห้องผ่าตัดโดยใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED model พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของคะแนนความรู้หลังดำเนินโปรแกรมสูงกว่าก่อนดำเนินโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งหลังดำเนินโปรแกรมมากกว่าก่อนดำเนินโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Dokkaew, 2021)

การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในพยาบาล ซึ่งไม่สามารถนำมาอ้างอิงถึงกลุ่มญาติผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับญาติผู้ป่วย โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED model ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลแก่ญาติผู้ป่วย



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
4. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ
3. การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
4. การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005) ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย โดยผู้วิจัยนำระยะที่ 3 มาประยุกต์ใช้ในการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย โดยการประเมินปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factor) และปัจจัยเสริม (reinforcing factor) และการดำเนินกิจกรรมในระยะที่ 5 ตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model โดย 1) การส่งเสริมปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยนำหลักปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน (standard precautions) ของศูนย์ควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2022) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาใช้เป็นแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับญาติผู้ป่วย และมอบคู่มือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับญาติทบทวนด้วยตนเอง 2) การส่งเสริมปัจจัยเสริม โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลแก่ญาติผู้ป่วย และ 3) การส่งเสริมปัจจัยเอื้อ โดยการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลให้เพียงพอต่อการใช้งาน ซึ่งภายหลังได้รับโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าว จะช่วยส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และมีการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ถูกต้อง



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group-pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม 4 แห่ง ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 50 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยการเปิดตาราง Statistic Power Table โดยเลือกการทดสอบแบบทางเดียว กำหนดอำนาจการทดสอบที่ 0.80 ขนาดอิทธิพลที่ต้องการศึกษา 0.50 ซึ่งถือเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Cohen, 1988) เพื่อลดการเกิด Type I และ Type II error และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Burns & Grove, 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน และได้เพิ่มกลุ่มอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 10 (Burns & Grove, 2009) รวมกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 25 คน

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ 1) มีอายุ 20-60 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย 2) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) เป็นญาติที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม

เกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ 1) ญาติที่ผู้ป่วยมีแผนที่จะย้ายไปรักษาที่แผนกอื่น และ 2) ญาติที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อมีอาการด้านจุลชีพ

เกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัย (discontinuation criteria) คือ ญาติที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอนของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล เนื่องจากญาติผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในโครงการวิจัยได้ติดต่อกัน 7 วัน หรือผู้ป่วยย้ายหอผู้ป่วย หรือผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลก่อนสิ้นสุดโปรแกรม

สำหรับหอผู้ป่วยที่ใช้เป็นสถานที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเลือกหอผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกหอผู้ป่วยที่สามัญอายุรกรรม 4 แห่ง ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โดยผู้วิจัยจับฉลากรายชื่อหอผู้ป่วย เพื่อให้ได้หอผู้ป่วยสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแต่ละกลุ่มประกอบด้วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

โปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ ลอว์เรนซ์ ดับเบิลยู กรีน และ มาร์แชลล์ ครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) โดยครอบคลุมปัจจัยสำคัญได้แก่

1. ปัจจัยนำ ประกอบด้วย แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล โดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคล ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยในการอภิปรายซักถาม มีการบรรยายโดยใช้สื่อการสอน PowerPoint เพื่อนำเสนอเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งมีการมอบคู่มือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับญาติเพื่อทบทวนด้วยตนเอง



2. ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การสังเกตการปฏิบัติของญาติผู้ป่วยและการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเสริมแรงและกระตุ้นให้ญาติมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง

3. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การประสานหน่วยงานในการสนับสนุนในการสนับสนุนสบูหรือแอลกอฮอล์เจลสำหรับทำความสะอาดมือ กระจกหรือผ้าสำหรับเช็ดมือ และอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ให้มีความเพียงพอและพร้อมในการใช้งาน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลที่พัฒนาโดย เจนจิรา อยู่อินทร์ (Yuin, 2021) ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในญาติผู้ป่วย และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และประสบการณ์ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล รวมจำนวน 7 ข้อ

2. แบบวัดความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในญาติผู้ป่วย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก หรือ ผิด ประกอบด้วย 1) วิธีทางการแพร่กระจายเชื้อ จำนวน 2 ข้อ 2) ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 4 ข้อ และ 3) การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลทั้ง 4 หมวดกิจกรรม จำนวน 24 ข้อรวมจำนวน 30 ข้อ โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อคำถามที่เลือกตอบและมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน แบบวัดความรู้มีคะแนนรวม 30 คะแนน

3. แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในญาติผู้ป่วย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ แบบสอบถามประกอบด้วย 1) การทำความสะอาดมือ จำนวน 9 ข้อ 2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วยและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ 3) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ และ 4) การจัดการอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัว ผ้า และขยะมูลฝอยของผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ แบบสอบถามการปฏิบัติมีคะแนนรวม 75 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยแบบวัดความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในญาติผู้ป่วย และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในญาติผู้ป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95 เท่ากัน จากนั้นวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 022/2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่ศึกษา เอกสารรับรองเลขที่ SKH REC 30/2566/V.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนในการ



เก็บรวบรวมข้อมูล และแจ้งให้ทราบว่า การบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อ แต่ใช้รหัสแทนชื่อจริง แปลผลและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นภาพรวม ทั้งนี้การวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถถอนตัวหรือยกเลิกในการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อมกัน โดยหอผู้ป่วยสำหรับดำเนินการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้ยู่ติดต่อกัน ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้ระยะเวลา 7 วันต่อราย ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม ในวันแรกของการรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ป่วยภายหลังที่รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยแล้ว 4 ชั่วโมง เพื่อให้ญาติผู้ป่วยได้มีโอกาสพักและทำธุระส่วนตัวให้เรียบร้อยก่อน

1.2 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ป่วยในวันแรกของการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย โดยให้ญาติผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

1.3 ญาติผู้ป่วยได้รับคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย และเมื่อครบกำหนดนัดหมายคือวันที่ 7 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ป่วยอีกครั้ง และให้ญาติผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และกล่าวขอบคุณ รวมทั้งมอบคู่มือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับญาติเพื่อทบทวนด้วยตนเอง เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้ระยะเวลา 7 วันต่อราย ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ของโปรแกรม (วันที่ 1 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาล)

1) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ป่วยในวันแรกของการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย โดยให้ญาติผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที จากนั้นผู้วิจัยแจ้งนัดหมายการเข้าพบในครั้งต่อไป

2) ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ได้แก่ หน้ากากอนามัย ถุงมือสะอาด และผ้ากั้นเปื้อนชนิดพลาสติก โดยจัดใส่กล่องที่มีฝาปิดมิดชิดไว้สำหรับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

กิจกรรมครั้งที่ 2 ของโปรแกรม (วันที่ 2 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาล)

1) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และพูดคุยซักถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เคยปฏิบัติหรือเคยได้รับคำแนะนำ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

2) ผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ผู้วิจัยใช้วิธีการบรรยายประกอบการใช้สื่อการสอน Power Point โดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการอภิปราย ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

3) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 10 นาที และมอบคู่มือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับญาติเพื่อทบทวนด้วยตนเอง



กิจกรรมครั้งที่ 3 ของโปรแกรม (วันที่ 2 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาล)

สอนสาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติในเรื่อง 1) การทำความสะอาดมือ 2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วยและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล 3) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย และ 4) การจัดการอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัว ผ้า และขยะมูลฝอยของผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 10 นาที โดยสาธิตและสาธิตย้อนกลับเป็นรายบุคคล

กิจกรรมครั้งที่ 4 ของโปรแกรม (วันที่ 3-4 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาล)

1) ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยในช่วงเช้า (เวลา 06.00-10.00 น.) และสังเกตการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างจนครบถ้วนทั้ง 4 หมวดกิจกรรม

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคล โดยชมเชยในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้คำแนะนำหรือสาธิตซ้ำหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 5 ของโปรแกรม (วันที่ 7 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาล)

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วย และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

2) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ Mann Whitney U test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกันทั้งในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในกลุ่มควบคุมร้อยละ 72.00 และในกลุ่มทดลองร้อยละ 76.00 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 39.44 ปี และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 42.76 ปี กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเท่ากับร้อยละ 32.00 และร้อยละ 40.00 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 20.00 และรับราชการร้อยละ 20.00 เท่ากัน

เมื่อจำแนกตามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 56.00 เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่กลุ่มทดลองร้อยละ 60.00 เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล



2. คะแนนมัธยฐานความรู้ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p = .505$) โดยมีคะแนนมัธยฐานความรู้ก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 25.00 คะแนน เท่ากัน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนมัธยฐานความรู้ก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 25.00 คะแนน และ 28.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งคะแนนมัธยฐานความรู้หลังได้รับโปรแกรมมากกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ($n = 50$)

คะแนน ความรู้	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Wilcoxon signed rank test	
	Min-Max	Median	IQR	Min-Max	Median	IQR	z	p-value
กลุ่มควบคุม ($n = 25$)	18-29	25.00	3.00	20-29	25.00	3.50	-.666	.505
กลุ่มทดลอง ($n = 25$)	18-28	25.00	6.00	21-30	28.00	2.50	-3.834	.000

หมายเหตุ. คะแนนเต็ม 30 คะแนน; IQR (Interquartile range) คือ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

3. คะแนนมัธยฐานความรู้ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานความรู้ไม่แตกต่างกัน ($p = .494$) โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานความรู้เท่ากับ 25.00 คะแนน เท่ากัน และภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานความรู้เท่ากับ 28.00 คะแนน ซึ่งมากกว่า กลุ่มควบคุมที่มีคะแนนมัธยฐานความรู้เท่ากับ 25.00 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

($n = 50$)

คะแนน ความรู้	กลุ่มควบคุม ($n = 25$)			กลุ่มทดลอง ($n = 25$)			Mann Whitney U test	
	Min-Max	Median	IQR	Min-Max	Median	IQR	z	p-value
ก่อนการทดลอง	18-29	25.00	3.00	18-28	25.00	6.00	-.685	.494
หลังการทดลอง	20-29	25.00	3.50	21-30	28.00	2.50	-3.395	.001

หมายเหตุ. คะแนนเต็ม 30 คะแนน; IQR (Interquartile range) คือ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

4. คะแนนมัธยฐานการปฏิบัติก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p = .711$) โดยมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 51.00 คะแนน และ 53.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 51.00 คะแนน และ 63.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน ซึ่งคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณาคะแนนการปฏิบัติจำแนกเป็น 4 หมวดกิจกรรม พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติในแต่ละหมวดกิจกรรม ระหว่างก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นในทุกหมวดกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 50)

หมวดกิจกรรม	คะแนนเต็ม	คะแนนการปฏิบัติ		Wilcoxon signed rank test p-value	คะแนนการปฏิบัติ		Wilcoxon signed rank test p-value
		Median (IQR) กลุ่มควบคุม			Median (IQR) กลุ่มทดลอง		
		ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
1. การทำความสะอาดมือ	24	20.00 (9.50)	20.00 (10.50)	1.000	18.00 (6.00)	22.00 (3.00)	.002
2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วยและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล	21	13.00 (4.50)	13.00 (4.50)	.763	13.00 (4.00)	17.00 (4.50)	.000
3. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย	15	8.00 (4.50)	7.00 (4.00)	.076	8.00 (3.50)	11.00 (4.00)	.001
4. การจัดการอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัว ผ้า และขยะมูลฝอยของผู้ป่วย	15	12.00 (3.00)	12.00 (2.50)	.414	12.00 (3.00)	14.00 (1.50)	.000
คะแนนการปฏิบัติรวม	75	51.00 (15.00)	53.00 (18.50)	.711	51.00 (8.00)	63.00 (7.50)	.000

หมายเหตุ. IQR (Interquartile range) คือ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

5. คะแนนมัธยฐานการปฏิบัติก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน (p = .521) โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติเท่ากันคือ 51.00 คะแนน และภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติเท่ากับ 63.00 คะแนน มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติเท่ากับ 53.00 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) เมื่อพิจารณาคะแนนการปฏิบัติจำแนกเป็น 4 หมวดกิจกรรม พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนมัธยฐานการปฏิบัติใน 4 หมวดกิจกรรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน และภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติในหมวดกิจกรรมที่ 2 และ 3 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .003 และ .001 ตามลำดับ) แต่ในหมวดกิจกรรมที่ 1 และ 4 คะแนนมัธยฐานการปฏิบัติของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 50)

หมวดกิจกรรม	คะแนนเต็ม	คะแนนการปฏิบัติ		Mann Whitney U test p-value	คะแนนการปฏิบัติ		Mann Whitney U test p-value
		ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง		
1. การทำความสะอาดมือ	24	20.00 (9.50)	18.00 (6.00)	.784	20.00 (10.50)	22.00 (3.00)	.119
2. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วยและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล	21	13.00 (4.50)	13.00 (4.00)	.475	13.00 (4.50)	17.00 (4.50)	.003
3. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย	15	8.00 (4.50)	8.00 (3.50)	.732	7.00 (4.00)	11.00 (4.00)	.001
4. การจัดการอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัว ผ้า และขยะมูลฝอยของผู้ป่วย	15	12.00 (3.00)	12.00 (3.00)	.221	12.00 (2.50)	14.00 (1.50)	.062
คะแนนการปฏิบัติรวม	75	51.00 (15.00)	51.00 (8.00)	.521	53.00 (18.50)	63.00 (7.50)	.000

หมายเหตุ. IQR (Interquartile range) คือ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากดำเนินโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในญาติผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนมัธยฐานความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยจัดการให้ความรู้เป็นรายบุคคล มีการให้ความรู้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การบรรยายด้วยสื่อการสอน PowerPoint การตั้งคำถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมอภิปราย แสดงความคิดเห็นและแบ่งปันประสบการณ์ การสาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์โดยตรงและเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับญาติผู้ป่วยเป็นรูปเล่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนเนื้อหาเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โดยการจัดกิจกรรมภายใต้แนวคิด PRECEDE-PROCEED model ประกอบด้วย การส่งเสริมความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ โดยในการส่งเสริมความรู้มีกิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายโดยใช้สื่อ Power Point การสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ การมอบคู่มือการปฏิบัติ การอภิปรายกรณีศึกษา และการฝึกปฏิบัติจริง หลังสิ้นสุดการดำเนินโปรแกรมพบว่า พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Lin et al., 2020) และ



การศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันปัญหาสุขภาพจากการปฏิบัติงานและลดการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงในผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ประเทศอิหร่าน โดยจัดโปรแกรมภายใต้แนวคิด PRECEDE-PROCEED model ประกอบด้วย การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม การฝึกทักษะ การใช้สื่อวีดิทัศน์ การใช้ภาพเคลื่อนไหว และการส่งข้อความแจ้งเตือน ผลการศึกษาพบว่า หลังการดำเนินโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Barkhordarzadeh et al., 2022)

ภายหลังดำเนินโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในญาติผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่าการดำเนินโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในญาติผู้ป่วยภายใต้แนวคิด PRECEDE-PROCEED model โดยการดำเนินโปรแกรม ประกอบด้วย

1. การส่งเสริมปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้เป็นรายบุคคล การให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติการป้องกันแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนทักษะ และทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น

2. การส่งเสริมปัจจัยเสริม ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ่งที่ปฏิบัติอยู่นั้นถูกหรือผิด และเห็นถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้ถูกต้อง

3. การส่งเสริมปัจจัยเอื้อ โดยการประสานหน่วยงานในการสนับสนุนสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลสำหรับทำความสะอาดมือ และอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ได้แก่ หน้ากากอนามัย ถุงมือสะอาด และผ้ากันเปื้อนชนิดพลาสติก โดยจัดใส่กล่องที่มีฝาปิดมิดชิดไว้สำหรับกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย หากอุปกรณ์ที่จัดให้หมดหรือไม่พอใช้ กลุ่มตัวอย่างสามารถนำกล่องมาขอเบิกเพิ่มได้ที่เคาน์เตอร์พยาบาลของหอผู้ป่วยเพื่อให้อุปกรณ์เพียงพอในการใช้งาน การสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลนั้น จะส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้มากขึ้น

การส่งเสริมปัจจัยทั้งสามปัจจัยตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED model ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED model ต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังในบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศอิหร่าน พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) (Pourhaji et al., 2020) อีกทั้งการประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED model ในการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยตัวชี้วัดหลายขนานในพยาบาลหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ โดยการให้ความรู้ การติดโปสเตอร์แจ้งเตือน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยตัวชี้วัดหลายขนานที่ถูกต้องหลังการดำเนินกิจกรรมมากกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Detsri et al., 2021) และการศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวคิด PRECEDE-PROCEED model มาใช้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลห้องผ่าตัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องหลังดำเนินโปรแกรมมากกว่าก่อนดำเนินโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Dokkaew, 2021)

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED model มาใช้ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในญาติผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและมีการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ถูกต้อง



อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนมัธยฐานการปฏิบัติในหมวดกิจกรรมที่ 1 และ 4 ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในระหว่างที่ทำการศึกษายังมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งทางโรงพยาบาลมีการประชาสัมพันธ์ผ่านทางช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นของการทำความสะอาดมือ และหอผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดเก็บอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย การจัดการขยะและผ้าเปื้อนที่ใช้แล้ว และมีการเน้นย้ำการปฏิบัติจากบุคลากรในหน่วยงานสม่ำเสมอ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากการใช้แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้ตอบตามความเป็นจริง แต่ผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความเป็นจริง เพราะข้อมูลที่ได้มีความสำคัญอย่างมากในการนำไปพัฒนาการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับญาติผู้ป่วย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมีความกังวลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ซึ่งอาจทำให้มีผลต่อความสามารถในการทำความเข้าใจและการจดจำเนื้อหาที่ได้รับการสอน การสาธิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำขั้นตอนหรือกิจกรรมในโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลแก่ญาติที่ดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลได้
2. ควรมีการส่งเสริมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในหมวดกิจกรรมที่ 2 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วยและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล และหมวดกิจกรรมที่ 3 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เพื่อให้ญาติมีการปฏิบัติที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย โดยมีการวัดผลซ้ำ (repeated measurement)
2. ควรมีการดำเนินการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (randomized controlled trial)

References

Abou Saad, H. M. E., Hussien, M. E. E., & Abd El Raouf, S. E. H. (2020). Assessment of patients' and visitors' knowledge, practice, and attitude related to preventing infection at Aga Centralized Hospital. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 7(1), 429-447.

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. (2022). *IC surveillance program*. https://bamras.thaimedresnet.org/map_me_y2021.php (in Thai)



Effectiveness of the Knowledge and Practices for Infection Transmission Prevention
Promotion Program Among Relatives of Patients in Medical Wards
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
ในญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

- Barkhordarzadeh, S., Choobineh, A., Razeghi, M., Cousins, R., & Mokarami, H. (2022). Effects of an ergonomic intervention program based on the PRECEDE-PROCEED model for reducing work-related health problems and exposure risks among emergency medical dispatchers. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 95*(6), 1389–1399. <https://doi.org/10.1007/s00420-022-01846-8>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Saunders/Elsevier.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *2007 Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/guideline-isolation-h.pdf?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). L. Erlbaum Associates.
- Detsri, P., Kasatpibal, N., & Viseskul, N. (2021). Effects of multimodal strategies on knowledge and practices for prevention of multidrug-resistant organisms transmission among nurses, semi-critical care unit, regional hospital. *Nursing Journal, 48*(3), 154-166. (in Thai)
- Dokkaew, M. (2021). *Effectiveness of the blood and body fluid exposure prevention program among operating room nurses* [Master's thesis, Chiang Mai University]. Chiang Mai University Digital Collection. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:163804> (in Thai)
- Facciola, A., Pellicanò, G. F., Visalli, G., Paolucci, I. A., Venanzi Rullo, E., Ceccarelli, M., D'Aleo, F., Di Pietro, A., Squeri, R., Nunnari, G., & La Fauci, V. (2019). The role of the hospital environment in the healthcare-associated infections: A general review of the literature. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 23*(3), 1266-1278. https://doi.org/10.26355/eurrev_201902_17020
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Haque, M., Sartelli, M., McKimm, J., & Abu Bakar, M. (2018). Health care-associated infections-an overview. *Infection and Drug Resistance, 11*, 2321-2333. <https://doi.org/10.2147/idr.S177247>
- Jia, H., Li, L., Li, W., Hou, T., Ma, H., Yang, Y., Wu, A., Liu, Y., Wen, J., Yang, H., Luo, X., Xing, Y., Zhang, W., Wu, Y., Ding, L., Liu, W., Lin, L., Li, Y., & Chen, M. (2019). Impact of healthcare-associated infections on length of stay: A study in 68 hospitals in China. *BioMed Research International, 2019*(1), 1-7. <https://doi.org/10.1155/2019/2590563>
- Lastinger, L. M., Alvarez, C. R., Kofman, A., Konnor, R. Y., Kuhar, D. T., Nkwata, A., Patel, P. R., Pattabiraman, V., Xu, S. Y., & Dudeck, M. A. (2023). Continued increases in the incidence of healthcare-associated infection (HAI) during the second year of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 44*(6), 997-1001. <https://doi.org/10.1017/ice.2022.116>



Effectiveness of the Knowledge and Practices for Infection Transmission Prevention
Promotion Program Among Relatives of Patients in Medical Wards
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
ในญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

- Lee, H.-J., Lee, H. K., & Kim, Y. R. (2022). The impact of caregivers on nosocomial transmission during a covid-19 outbreak in a community-based hospital in South Korea. *PLOS ONE*, 17(11), e0277816. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277816>
- Lin, H., Wang, X., Luo, X., & Qin, Z. (2020). A management program for preventing occupational blood-borne infectious exposure among operating room nurses: An application of the PRECEDE-PROCEED model. *Journal of International Medical Research*, 48(1), e300060519895670. <https://doi.org/10.1177/0300060519895670>
- Moolasart, V., Manosuthi, W., Thienthong, V., Vachiraphan, A., Judaeng, T., Rongrungrueng, Y., Vanprapar, N., & Danchaiwitt, S. (2019). Prevalence and risk factors of healthcare-associated infections in Thailand 2018: A point-prevalence survey. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 102(12), 1309-1316.
- Nair, A., Steinberg, W. J., Habib, T., Saeed, H., & Raubenheimer, J. E. (2018). Prevalence of healthcare-associated infection at a tertiary hospital in the Northern Cape Province, South Africa. *South African Family Practice*, 60(5), 162-167.
- Nawa, M., Nkhoma, P., Samutela, M. T., Simulundu, E., Munsaka, S. M., Kwenda, G., & Kalonda, A. (2021). Bacteriological profile and antimicrobial efficacy of alcohol-based hand rubs among health care workers and family caregivers at the children's university teaching hospital in Lusaka, Zambia. *Scientific African*, 12(8), e00775. <https://doi.org/10.1016/j.sciaf.2021.e00775>
- Park, J. Y., Pardosi, J. F., Islam, M. S., Respati, T., Chowdhury, K., & Seale, H. (2022). What does family involvement in care provision look like across hospital settings in Bangladesh, Indonesia, and South Korea? *Bmc Health Services Research*, 22(1), 922-933. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08278-7>
- Pourhaji, F., delshad, M. H., Tavafian, S. S., Niknami, S., & Pourhaji, F. (2020). Effects of educational program based on precede-proceed model in promoting low back pain behaviors (EPPLBP) in health care workers Shahid Beheshti University of medical sciences: Randomized trial. *Heliyo*, 6(10), e05236. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05236>
- Seibert, G., Ewers, T., Barker, A. K., Slavick, A., Wright, M. O., Stevens, L., & Safdar, N. (2018). What do visitors know and how do they feel about contact precautions? *American Journal of Infection Control*, 46(1), 115-117. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.05.011>
- Shrestha, S. K., Trotter, A., & Shrestha, P. K. (2022). Epidemiology and risk factors of healthcare-associated infections in critically ill patients in a tertiary care teaching hospital in Nepal: A prospective cohort study. *Infectious Diseases*, 15, e11786337211071120. <https://doi.org/10.1177/11786337211071120>
- Stewart, S., Robertson, C., Kennedy, S., Kavanagh, K., Haahr, L., Manoukian, S., Mason, H., Dancer, S., Cook, B., & Reilly, J. (2021). Personalized infection prevention and control: Identifying patients at risk of healthcare-associated infection. *Journal of Hospital Infection*, 114, 32-42. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.03.032>



Effectiveness of the Knowledge and Practices for Infection Transmission Prevention
Promotion Program Among Relatives of Patients in Medical Wards
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
ในญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

- Sunkwa-Mills, G., Rawal, L., Enweronu-Laryea, C., Aberese-Ako, M., Senah, K., & Tersbøl, B. P. (2020). Perspectives and practices of healthcare providers and caregivers on healthcare-associated infections in the neonatal intensive care units of two hospitals in Ghana. *Health Policy and Planning, 35*(Suppl.1), i38-i50. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa102>
- Voidazan, S., Albu, S., Toth, R., Grigorescu, B., Rachita, A., & Moldovan, I. (2020). Healthcare associated infections-a new pathology in medical practice? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(3), 760. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030760>
- Yuin, J. (2021). *Knowledge, attitudes, and practices regarding infection transmission prevention in a hospital among relatives of patients*. [Master's thesis, Chiang Mai University]. Chiang Mai University Digital Collection. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:164103> (in Thai)



Factors Related to Sleep Quality Among First Time Fathers*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก*

นิษฐา	คำแสน**	Nittha	Khamsaen**
นันทพร	แสนศิริพันธ์***	Nantaporn	Sansiriphun***
จิรวรรณ	ดีเหลือ****	Jirawan	Deeluea****

Abstract

First time fathers experience changes in roles when taking care of their wives and the newborn after childbirth, affecting their quality of sleep. This descriptive correlational study aims to describe the sleep quality among first-time fathers and the relationship between age, health status, stress, the perception of infant's communicated behavior, and sleep quality. The participants consisted of 112 first-time fathers who brought their wives in the 4th-6th week postpartum to the family planning unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and the Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai. The research instruments were the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Suanprung Stress Test-20, and the Perception of Infant's Communicated Behavior. Cronbach's alpha coefficients of the instruments were .81, .89, and .83, respectively. Descriptive statistics, Spearman's rank correlation, and point biserial correlation were used to analyze the data.

The results of the study revealed that:

1. The mean of participants' global PSQI scores was 6.68 (SD = 2.69), and the group identified their sleep quality as poor. Participants' global PSQI scores indicated that 59.83% had poor sleep quality (PSQI > 5) while 40.17% had good sleep quality (PSQI ≤ 5).

2. Stress had a significant positive correlation with sleep quality ($r_s = .334, p < .001$), and perception of infant's communicated behavior had a significant negative correlation with sleep quality ($r_{pb} = -.231, p < .05$). However, age and health status were not significantly correlated with sleep quality.

The findings from this study can be used as baseline data for planning nursing care to promote sleep quality in first-time fathers.

Keywords: Health status; Stress; Perception of infant's communicated behavior; Sleep quality; First-time fathers

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate student of Nursing Science program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: nittha_k@cmu.ac.th

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 23 June 2023; Revised 18 October 2023; Accepted 8 November 2023



บทคัดย่อ

ผู้เป็นบิดาครั้งแรก ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทในการดูแลภรรยาหลังคลอดและทารกแรกเกิด ทำให้มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ การวิจัยพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก และความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะสุขภาพ ความเครียด การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก กับคุณภาพการนอนหลับ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่พารภรรยามาตรวจหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ณ หน่วยวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 112 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก แบบทดสอบความเครียดสวนปรง 20 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก ในผู้เป็นบิดา ซึ่งมีค่า Cronbach's alpha coefficients เท่ากับ .81, .89 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Spearman's rank correlation และ point biserial correlation

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 6.68 (SD = 2.69) จัดอยู่ในกลุ่มคุณภาพการนอนหลับไม่ดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (PSQI > 5) ร้อยละ 59.83 และมีคุณภาพการนอนหลับดี (PSQI ≤ 5) ร้อยละ 40.17

2. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .334, p < .001$) และการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -.231, p < .05$) อย่างไรก็ตามอายุ และภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

ผลการวิจัย สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ ความเครียด การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก คุณภาพการนอนหลับ ผู้เป็นบิดาครั้งแรก

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nittha_k@cmu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเป็นบิดาครั้งแรก เป็นเหตุการณ์สำคัญและช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิตผู้ชาย ผู้เป็นบิดาครั้งแรกเผชิญกับความรูสึกกดดันในการปรับตัวจากการทำหน้าที่สามีมาสู่การทำหน้าที่บิดา ผู้เป็นบิดาครั้งแรกถูกคาดหวังจากภรรยาในการเป็นผู้ดูแลสุขภาพของภรรยา รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลทารก (Baldwin et al., 2018) จากการศึกษาพบว่า ผู้เป็นบิดาครั้งแรกจะคอยให้กำลังใจภรรยาในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา และช่วยเหลือดูแลทารกในช่วงตอนเย็นหลังเลิกงานจนกระทั่งถึงช่วงเวลากลางคืน (Sansiriphun et al., 2014) ผู้เป็นบิดาครั้งแรกมีความรับผิดชอบที่มากขึ้น แต่ยังคงขาดประสบการณ์ ซึ่งทำให้รู้สึกเครียด รวมทั้งการดูแลทารกในช่วงกลางคืน หากผู้เป็นบิดาครั้งแรกไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้เหมาะสม อาจเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เป็นบิดากับทารกที่ไม่ดี (Baldwin et al., 2018) ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้เป็นบิดาครั้งแรก

คุณภาพการนอนหลับ เป็นการรับรู้ของบุคคลในความพึงพอใจต่อการนอนหลับ ทั้งด้านการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การใช้ยานอนหลับ ผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในเวลากลางวัน ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน และการรบกวนในการนอนหลับ (Buysse et al., 1989) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้เป็นบิดาครั้งแรกรู้สึกถึงการนอนหลับไม่เพียงพอ ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัยลดลง (Cook et al., 2017) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับน้อยกว่า 15 นาที (Insana & Montgomery-Downs, 2013) รวมถึงระยะเวลาในการนอนหลับทั้งหมดลดลงน้อยกว่า 6 ชั่วโมง การนอนหลับถูกรบกวนเพิ่มขึ้น สาเหตุเกิดจากการหลับการตื่นของทารกที่ยังไม่เป็นเวลา และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้เป็นบิดาครั้งแรก (Mellor & Van Vorst, 2015) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบผู้เป็นบิดาครั้งแรกใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยในการนอนหลับ จะเห็นได้ว่าคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรกเปลี่ยนแปลงในทางไม่ดี

คุณภาพการนอนหลับไม่ดีในผู้เป็นบิดา สามารถประเมินจากแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก ที่มีค่าคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน ซึ่งการมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และภรรยาและทารก สำหรับด้านร่างกาย ผู้เป็นบิดาครั้งแรกจะเกิดอาการเหนื่อยล้า และง่วงนอนในช่วงเวลากลางวัน (Wynter et al., 2020) ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้เป็นบิดาครั้งแรกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูง (Costa et al., 2021) และผลกระทบต่อภรรยาและทารก ผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมอารมณ์ต่ำ เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมข่มขู่ภรรยาและทารก (Cook et al., 2017)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ตามแนวคิดชีวิตจิตสังคม (Engel, 1977) ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย 2) ปัจจัยด้านจิตใจ และ 3) ปัจจัยด้านสังคม สำหรับปัจจัยด้านร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุ และภาวะสุขภาพ อาจจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากอายุมากขึ้นจะมีการลดลงของเซลล์ประสาทในสมองที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับชนิดลึก ทำให้ตื่นง่ายมากขึ้น (Carskadon & Dement, 2017) จากการศึกษา พบว่า เพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดจะเริ่มลดลง (Costa et al., 2021) ฉะนั้นผู้เป็นบิดาครั้งแรกชาวไทยที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป อาจมีคุณภาพการนอนหลับเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน ส่วนภาวะสุขภาพพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเกิดคุณภาพการนอนหลับไม่ดีได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียโรคประจำตัว เนื่องจากปัญหาสุขภาพส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ (Kryger et al., 2017) ดังนั้นผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่มีโรคประจำตัว อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ

ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ผู้เป็นบิดาครั้งแรกเผชิญกับความเครียดตลอดเวลา ซึ่งมีสาเหตุมาจากความกดดันและความต้องการทั้งภายในและภายนอกร่างกาย (Miller et al., 1993) ได้แก่ การเผชิญกับการ



เปลี่ยนแปลงของบทบาทการเป็นบิดาครั้งแรก (Baldwin et al., 2018) เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ทำให้ฮอร์โมน อีพิเนฟรินและคอร์ติซอลเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ (Breus, 2022)

ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้เป็นบิดาและทารก (Blackburn & Blakewell-Sachs, 2003) หากผู้เป็นบิดาครั้งแรกไม่สามารถ ตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากไม่เข้าใจในระยะเวลาการหลับการตื่น สื่อสัญญาณ และ พฤติกรรมของทารก เช่น การร้องไห้ การหลับ การตื่น เป็นต้น ทำให้ผู้เป็นบิดาต้องตื่นบ่อยในตอนกลางคืน ส่งผล ให้ไม่ได้พักหลับอย่างเต็มที่ (Baldwin et al., 2018) ฉะนั้นการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก จึงอาจมี ความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอายุ ภาวะสุขภาพ ความเครียด การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของ ทารก กับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก พบว่าในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาโดยตรง ส่วนใน ประเทศแถบตะวันตก พบว่า มีการศึกษาค่อนข้างน้อย และการศึกษาที่ผ่านมาไม่สามารถใช้ในการอ้างอิง ประชากรผู้เป็นบิดากลุ่มใหญ่ได้ เนื่องจากความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ และบริบททางสังคม ผู้เป็นบิดา ถือว่าเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัว ที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนภรรยาและทารกให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ ในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ซึ่งจะเป็ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินและให้การช่วยเหลือ จัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้เป็นบิดา ครั้งแรกมีคุณภาพการนอนหลับดี และสามารถทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือภรรยาและทารกได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดผลดีต่อทั้งผู้เป็นบิดา รวมถึงภรรยาและทารก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ได้แก่ อายุ ภาวะสุขภาพ ความเครียด และการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพการนอนหลับของ ไบยซีส์ และคณะ (Buysse et al., 1989) คุณภาพการนอนหลับ เป็น การรับรู้ของบุคคลในความพึงพอใจต่อคุณภาพการนอนหลับ ทั้งด้านการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่ง การนอนหลับเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ประสิทธิภาพการนอนหลับโดยปกติวิสัย การใช้งานนอนหลับ และผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนการนอนหลับเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด และการรบกวนในการ นอนหลับ

ปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดชีวิตจิตสังคมของ เอนเกล (Engel, 1977) ร่วมกับการทบทวน วรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรม ลักษณะทางชีวเคมี และภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งสามารถอธิบายด้วยกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่จะส่งผลต่อ คุณภาพการนอนหลับ โดยเลือกศึกษาอายุ และภาวะสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะ ของอารมณ์และบุคลิกภาพ อาจส่งผลทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ



ปัจจัยที่ศึกษา คือ ความเครียดตามแนวคิดของ มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1993) เป็นปฏิกิริยาและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากการแปลความหมาย และการปรับตัวของผู้เป็นบิดาครั้งแรกต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และ 3) ปัจจัยด้านสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ครอบครัว สังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน อาจส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่ศึกษา คือ การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกตามแนวคิดของ แบล็คเบิร์น และ เบลคเวลล์-แซคส์ (Blackburn & Blakewell-Sachs, 2003) เป็นความสามารถของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในการตีความหมาย การแปลความหมาย และการคาดเดาการแสดงออกของทารก ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ระยะเวลาหลังการตื่น สื่อสัญญาณทารก และพฤติกรรมทารก เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของทารกอย่างเหมาะสม โดยคาดว่า อายุ ภาวะสุขภาพ ความเครียด และการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะหลังบุตรเกิด 4-6 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะหลังบุตรเกิด 4-6 สัปดาห์ ที่พักรรยาและบุตรมาตรวจหลังคลอด ณ หน่วยวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G * Power (Srisatidnarakul, 2020) กำหนดค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่หนึ่ง (α) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (level of power) 0.90 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ 0.30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลางที่สามารถใช้ประมาณขนาดอิทธิพลกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยทางการแพทย์ (Polit & Beck, 2017) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 คน

เนื่องจากไม่มีสถิติที่แสดงถึงจำนวนของผู้เป็นบิดาที่พักรรยามาตรวจหลังคลอด ดังนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณสัดส่วนของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ของปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1,166 คน (Department Obstetrics and Gynecology of Faculty of Medicine Chiang Mai University, 2021) และสัดส่วนของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ พ.ศ. 2564 จำนวน 1,130 คน (Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai, 2021) ได้สัดส่วนเป็นโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 57 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 55 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) ไม่มีความผิดปกติด้านจิตใจ 3) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ฟัง และพูดภาษาไทยได้ 4) อยู่ร่วมกับภรรยาและบุตรในระยะหลังบุตรเกิด ตลอด 4-6 สัปดาห์ 5) ภรรยามีการคลอดปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด 6) บุตรปกติ คลอดครบกำหนด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด และ 7) ยินดีและยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และผู้ช่วยเลี้ยงบุตรในตอนกลางคืน มีคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งคำถามปลายเปิดและปลายปิด



ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของ พิตส์เบิร์ก (Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ตุลยา สีตสุวรรณ และคณะ (Sitasuwan et al., 2014) ประเมินคุณภาพการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งคำถามปลายเปิดและปลายปิด ดังนี้ 1) เวลาเข้านอน 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนหลับ 3) เวลาตื่นนอน 4) ระยะเวลาของการนอนหลับทั้งหมด 5) ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ 6) การเข้านอนหลับ 7) รู้สึกง่วงนอนขณะทำกิจกรรมประจำวัน 8) รู้สึกมีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงาน 9) ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา คุณภาพการนอนหลับโดยรวมเป็นอย่างไร และ 10) มีคู่นอนหรือเพื่อนร่วมห้องที่อาศัยอยู่บ้านหลังเดียวกันหรือไม่

เกณฑ์การประเมินเป็นมาตรวัดชนิดลิเคิร์ต 4 ระดับ โดยให้คะแนน 0-3 คะแนน 0 = ดีมาก, ไม่เป็นปัญหาเลย ถึง 3 = แย่มาก, เป็นปัญหาอย่างมาก คะแนนรวมที่ได้เป็น 0-21 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน แสดงว่า คุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไป แสดงว่า คุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับ ผู้ป่วยทางเดินหายใจอุดกั้น ผลการทดสอบโดยคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .83

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความเครียดสวนปรงชุด 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (Mahatnirunkul et al., 1997) สร้างจากแนวคิดของ มิลเลอร์ และคณะ (Miller et al., 1993) วัดความเครียดในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ และลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดชนิดลิเคิร์ต 5 ระดับ โดยให้คะแนน 1-5 คะแนน 1 = ไม่เครียด ถึง 5 = เครียดมากที่สุด การแปลผลคะแนนรวมทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 20-100 คะแนน ผลคะแนนรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ช่วงคะแนน 20-24 คะแนน แสดงว่าเครียดต่ำ ช่วงคะแนน 25-42 คะแนน แสดงว่าเครียดปานกลาง ช่วงคะแนน 43-62 คะแนน แสดงว่าเครียดสูง และช่วงคะแนน 63-100 คะแนน แสดงว่าเครียดรุนแรง มีการทดสอบคุณภาพ โดยตรวจสอบความตรงตามสภาพกับเครื่องมือมาตรฐาน คือ ค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ ในกลุ่มตัวอย่าง 523 ราย ได้ค่าความตรงตามสภาพเท่ากับ .37 และมีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .91

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกในผู้เป็นบิดาของ ฌ็ญญา อ่อนผิว และคณะ (Onpiw et al., 2020) สร้างขึ้นจากแนวคิดของ แบล็คเบิร์น และ เบลคเวลล์-แซคส์ (Blackburn & Blakewell-Sachs, 2003) และการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 17 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ จำนวน 11 ข้อ และลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดชนิดลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่ ข้อคำถามด้านบวก 1 = ไม่เป็นจริง ถึง 5 = เป็นจริงมากที่สุด ส่วนคำถามด้านลบ 1 = เป็นจริงมากที่สุด ถึง 5 = ไม่เป็นจริง โดยคะแนนรวมทั้งหมดมีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้เป็นบิดามีการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกในระดับมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้เป็นบิดามีการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกในระดับน้อย มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .98 และตรวจสอบความเที่ยง โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .72

ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงแก้ไขเนื้อหาของเครื่องมือ จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ แต่ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบกับผู้เป็นบิดาครั้งแรก ซึ่งมีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยที่ศึกษา จำนวน 10 ราย (Rosenthal & Rosnow, 1991) คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ซึ่งจะยอมรับค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2009) พบว่า แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก แบบทดสอบความเครียดสวนปรง 20 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81, .89 และ .83 ตามลำดับ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 080/2565 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 328/65 COA-NUR080/65 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ใบรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 31/2565 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ชี้แจงให้ทราบถึงการเข้าร่วมวิจัย เป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับ ในขณะที่เข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมได้ ตลอดโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะถูกเก็บรวบรวมไว้ในรูปเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ และเก็บไว้เป็นความลับจากผู้ไม่มีสิทธิทราบข้อมูล การรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการอ้างอิงถึงชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยได้ โดยขอความร่วมมือจากหัวหน้าพยาบาลหน่วยวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในการช่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่หน่วยวางแผนครอบครัวที่มีความเป็นส่วนตัว ในระหว่างรอกรรยาพบแพทย์ ประมาณ 30 นาที และนำแบบสอบถามที่ครบสมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และคุณภาพการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์คะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และวิเคราะห์คะแนนความเครียด และคะแนนการรับรู้พฤติกรรมกรรมการสื่อสารของทารก ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เนื่องจากตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ คะแนนความเครียด กับคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับด้วยสถิติ Spearman's rank correlation coefficient ภายหลังตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ และตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น พบว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้น และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ การรับรู้พฤติกรรมกรรมการสื่อสารของทารก กับคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับด้วยสถิติ point biserial correlation coefficient

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-52 ปี ค่ามัธยฐานเท่ากับ 29 (iqr = 6) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.14 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.39 การศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 41.08 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.57 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,001-30,000 บาท ร้อยละ 66.96 รายได้ครอบครัวมีความเพียงพอ ร้อยละ 73.22 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 59.82 เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ร้อยละ 63.39 และไม่มีผู้ช่วยในการเลี้ยงบุตรตอนกลางคืน ร้อยละ 61.61



Factors Related to Sleep Quality Among First Time Fathers

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 6.68 (SD = 2.69) จัดอยู่ในกลุ่มคุณภาพการนอนหลับไม่ดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 59.83 และมีคุณภาพการนอนหลับดี ร้อยละ 40.17 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของคะแนนรวมคุณภาพการนอนหลับ คะแนนความเครียด และคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 112)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอ ไทล์)	ค่าต่ำสุด- ค่าสูงสุด
คุณภาพการนอนหลับ (0-21 คะแนน)		6.68 (2.69)		
คุณภาพการนอนหลับดี (0-5 คะแนน)	45 (40.17)			
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (6-21 คะแนน)	67 (59.83)			
ความเครียด			33.50 (18)	20-70
การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก			92.00 (10)	44-136

ลักษณะการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการนอนหลับทั้งหมดน้อยกว่า 7 ชั่วโมง ร้อยละ 75 และใช้เวลาตั้งแต่เข้านอนจนหลับมากกว่า 15 นาที ร้อยละ 69.64 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของลักษณะการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (n = 112)

ลักษณะการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย		
ดีมาก	5	4.46
ค่อนข้างดี	74	66.07
ค่อนข้างแย่	31	27.68
แย่มาก	2	1.79
ประสิทธิผลของการนอนหลับโดยปกติวิสัย		
มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ 85	46	41.07
ร้อยละ 75-84	25	22.32
ร้อยละ 65-74	17	15.18
น้อยกว่าร้อยละ 65	24	21.43
การใช้นอนหลับ		
ไม่เคยเลย	110	98.21
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	2	1.79
ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมประจำวัน		
ไม่เคยเลย	28	25.00
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	66	58.92
1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์	16	14.29
3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป	2	1.79



Factors Related to Sleep Quality Among First Time Fathers ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของลักษณะการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (n = 112) (ต่อ)

ลักษณะการนอนหลับเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ		
น้อยกว่า เท่ากับ 15 นาที	34	30.36
16-30 นาที	52	46.43
31-60 นาที	21	18.75
มากกว่า 60 นาที	5	4.46
ระยะเวลาของการนอนหลับทั้งหมด		
มากกว่า เท่ากับ 7 ชั่วโมง	28	25.00
มากกว่า เท่ากับ 6 ถึง น้อยกว่า 7 ชั่วโมง	56	50.00
มากกว่า เท่ากับ 5 ถึง น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	16	14.29
น้อยกว่า 5 ชั่วโมง	12	10.71
การรบกวนการนอนหลับ		
ไม่เคยเลย	4	3.57
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	80	71.43
1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์	28	25.00

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .334, p < .001$) และการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -.231, p < .05$) ส่วนอายุและภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ภาวะสุขภาพ ความเครียด การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก กับคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง (n = 112)

ตัวแปร	คุณภาพการนอนหลับ	
	r	p-value
อายุ	$r_s = -.032$.739
ภาวะสุขภาพ	$r_{pb} = .002$.984
ความเครียด	$r_s = .334$	$< .001$
การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก	$r_{pb} = -.231$.014

r_s = Spearman rank correlation coefficient, r_{pb} = point biserial correlation coefficient

การอภิปรายผล

คุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ในการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.69 (global PSQI score > 5) สามารถอธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี เนื่องจากการเป็นบิดาครั้งแรก ผู้เป็นบิดาจะต้องมีการปรับตัว และปรับเปลี่ยนการทำงานที่ของสามีสู่การทำหน้าที่บิดา ต้องดูแลช่วยเหลือสนับสนุนภรรยาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องช่วยดูแลทารกแรกเกิด ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาครั้งแรกมีภาระกิจเพิ่มขึ้น และการเป็น



บิดาครั้งแรกซึ่งยังขาดประสบการณ์ จึงทำให้เกิดความรู้สึกกังวล เครียด และกลัว (Baldwin et al., 2018)

นอกจากนั้น การหลับการตื่นของทารกแรกเกิดที่ไม่ต่อเนื่องกัน ตื่นและหลับในระยะเวลาสั้น ๆ มักตื่นในเวลาากลางคืนและหลับในเวลากลางวัน ทำให้ผู้เป็นบิดาต้องตื่นกลางดึก รวมถึงการสื่อสารสัญญาณของทารกที่ต้องการความสนใจ หรือต้องการหยุดความสนใจ ได้แก่ ร้องไห้ งอแง (Blackburn & Blakewell-Sachs, 2003) ที่ผู้เป็นบิดาครั้งแรกอาจไม่สามารถแปลความหมาย ตีความหมาย และคาดเดาการแสดงออกของทารกได้ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้ผู้เป็นบิดาครั้งแรกต้องใช้เวลามากขึ้นในการดูแลและตอบสนองความต้องการของทารก

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มากกว่าครึ่ง มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว และไม่มีผู้ช่วยเลี้ยงดูบุตรในเวลากลางวัน ดังนั้นผู้เป็นบิดาจึงจำเป็นต้องใช้เวลาในการช่วยดูแลทารกแรกเกิดอย่างมากและใกล้ชิด จึงส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้เป็นบิดา ผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ คอสต้า และคณะ (Costa et al., 2021) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้เป็นบิดาครั้งแรกชาวแคนาดา จำนวน 459 ราย โดยทำการศึกษาในระยะก่อนบุตรเกิด และหลังบุตรเกิด 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะหลังบุตรเกิด 2 เดือน มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเป็น 1.23 เท่าของระยะก่อนบุตรเกิด (OR = 1.23, CI: 1.01, 1.51)

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .334, p < .001$) แสดงว่า ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น คุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะเพิ่มขึ้น ผู้เป็นบิดาต้องเผชิญกับความรู้สึกกดดันต่อการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่สามีผู้ทำหน้าที่บิดา (Shorey et al., 2018) และความรับผิดชอบที่มากขึ้น และยังขาดประสบการณ์ จึงส่งผลทำให้ผู้เป็นบิดารู้สึกเครียด ความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดา พบว่า ความเครียดส่งผลต่อวงจรการนอนหลับทำให้เกิดความผิดปกติ เมื่อมีความเครียดในระหว่างวัน มักจะมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในตอนกลางคืน เนื่องจากความเครียดทำให้การนอนหลับในระยะการนอนหลับแบบที่มีการกลอกลูกตาอย่างรวดเร็วลดลง เป็นผลทำให้ตื่นง่ายในตอนกลางคืน รวมทั้งระดับของฮอร์โมนความเครียดคอร์ติซอลมีความสำคัญต่อวงจรการหลับ ผู้ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะมีระดับคอร์ติซอลที่สูงขึ้นในตอนเย็น ซึ่งเชื่อมโยงกับการตื่นนอนตอนกลางคืนที่มากขึ้น (Breus, 2022)

ผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของคอสต้า และคณะ (Costa et al., 2021) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้เป็นบิดาครั้งแรกชาวแคนาดา จำนวน 459 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่มีความเครียดระดับสูง ส่งผลทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี เป็น 1.10 เท่า ของผู้เป็นบิดาที่ไม่มีความเครียด (OR = 1.10, CI: 1.04, 1.17)

การรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ($r = -.231, p < .05$) แสดงว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกมากจะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก เป็นความสามารถในการตีความหมาย การแปลความหมาย และการคาดเดาการแสดงออกของทารก ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ระยะการหลับการตื่นของทารก สื่อสัญญาณทารก และพฤติกรรมทารก เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของทารกอย่างเหมาะสม (Blackburn & Blakewell-Sachs, 2003) ดังนั้น เมื่อผู้เป็นบิดาครั้งแรกมีการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารกในระดับมาก โดยสามารถตีความหมาย แปลความหมาย และคาดเดาการแสดงออกของทารก ได้แก่ ระยะการหลับการตื่นของทารก สื่อสัญญาณทารก และพฤติกรรมทารก รวมทั้งมี



การหาข้อมูล เพื่อใช้ในการแปลความหมายพฤติกรรมการสื่อสารของทารก ทำให้ผู้เป็นบิดาเข้าใจความต้องการของทารกมากขึ้น สามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้เป็นอย่างดี (Sansiriphun et al., 2014) จึงเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้เป็นบิดาครั้งแรกและทารก เมื่อเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดี ผู้เป็นบิดาจะสามารถจัดการเกี่ยวกับการดูแลทารกในช่วงกลางคืนได้ดี ไม่ต้องใช้เวลามากเกินไป ส่งผลให้ผู้เป็นบิดามีคุณภาพการนอนหลับไม่ตื่นน้อย

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือ อายุ 18-34 ปี ซึ่งการทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางการรับและส่งกระแสประสาท รวมทั้งการหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ ซีโรโทนิน และเมลาโทนิิน อาจยังไม่มี การเปลี่ยนแปลง (Zeitzer et al., 2007) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ คาโลเกโรปูลอส และคณะ (Kalogeropoulos et al., 2022) ศึกษาเกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ที่เป็นบิดาและมารดาในระยะหลังคลอด 6 เดือน จำนวน 10 คู่ ผลการศึกษาพบว่า อายุของผู้เป็นบิดาที่อยู่ในช่วงระหว่าง 35-44 ปี มีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาของการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.562, p < .001$)

ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก การศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จึงไม่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งตรงกันข้ามกับการมีโรคประจำตัว อธิบายได้ว่า การมีโรคประจำตัวจะมีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคส่งผลต่อการนอนหลับ เช่น โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีอาการเหนื่อยและหายใจลำบาก ทำให้ตื่นบ่อยในช่วงกลางคืนและรบกวนการนอนหลับ ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ เป็นต้น (Kryger et al., 2017) จากการศึกษาของ เมลเลอร์ และ แวน วอร์สต์ (Mellor & Van Vorst, 2015) เกี่ยวกับภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นขณะหลับ ส่งผลต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวันของผู้เป็นบิดาครั้งแรก โดยทำการศึกษา 2 ระยะ ในระยะ 6 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์หลังบุตรเกิด พบว่า ผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นขณะหลับจะมีอาการง่วงนอนในช่วงกลางวัน ส่งผลต่อการทำกิจกรรมในระยะ 6 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์หลังบุตรเกิด คิดเป็นร้อยละ 40.30 และร้อยละ 63.80 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นำผลที่ได้จากการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเครียด และการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก
2. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการศึกษาวินิจฉัยไปเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์ เพื่อให้ นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเครียด และการรับรู้พฤติกรรมการสื่อสารของทารก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก เช่น ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดากลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้เป็นบิดาที่มีประสบการณ์การเลี้ยงบุตร ผู้เป็นบิดาที่ภรรยาและหรือบุตรมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะเสี่ยงเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด หรือระยะหลังคลอด



ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเพียงบางปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับ เช่น ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
2. การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้เป็นบิดาครั้งแรกที่ภรรยาตั้งครรภ์และคลอดบุตรปกติ อาจยังไม่ครอบคลุมและเห็นความแตกต่างของคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดากลุ่มอื่น เช่น ผู้เป็นบิดาที่ภรรยาเกิดภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด หรือหลังคลอด เป็นต้น

References

- Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J., & Bick, D. (2018). Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: A systematic review of first-time fathers' experiences. *JBI database of systematic reviews and implementation reports*, 16(11), 2118–2191. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003773>
- Blackburn, S., & Blakewell-Sachs, S. (2003). *Understanding the behavior of term infants*. <https://static1.squarespace.com/static/62644a4b96d1791c471b9fad/t/62fee21a89194328bab9fe51/1660871195155/March+of+Dimes+-+Understanding+the+Behavior+of+Term+Infants.pdf>
- Breus, M. (2022). *Sleep and stress*. The sleep doctors. <https://thesleepdoctor.com/mental-health/stress-and-sleep/>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F. 3rd., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213.
- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2017). Normal human sleep: An overview (6th ed.). In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (pp. 15-24.e3). <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-24288-2.00002-7>
- Cook, F., Giallo, R., Petrovic, Z., Coe, A., Seymour, M., Cann, W., & Hiscock, H. (2017). Depression and anger in fathers of unsettled infants: A community cohort study. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 53(2), 131–135.
- Costa, D. D., Lai, J. K., & Zekowitz, P. (2021). A prospective study on the course of sleep disturbances in first-time fathers during the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal*, 42(2), 222-232. <https://doi.org/10.1002/imhj.21911>
- Department obstetrics and gynecology of faculty of medicine Chiang Mai university. (2021). *Obstetrics Annual Statistics*. <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/files/2022/03/MFM21.pdf> (in Thai)
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.



- Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai. (2021). *Data center system HPC1*.
<https://webapp.hpc1.go.th/datacenter/showstathph.aspx> (in Thai)
- Insana, S. P., & Montgomery-Downs, H. E. (2013). Sleep and sleepiness among first-time postpartum parents: A field-and laboratory-based multimethod assessment. *Developmental Psychobiology*, 55(4), 361-372. <https://doi.org/10.1002/dev.21040>
- Kalogeropoulos, C., Burdayron, R., Laganière, C., Dubois-Comtois, K., Béliveau, M. J., & Pennestri, M. H. (2022). Sleep patterns and intraindividual sleep variability in mothers and fathers at 6 months postpartum: A population-based, cross-sectional study. *British Medical Journal Open*, 12(8), e060558. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060558>
- Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (2017). *Principles and practice of sleep medicine* (6th ed.). Elsevier.
- Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W., & Tapanya, P. (1997). The construction of Saunprung stress measure. *Academic Psychiatry and Psychology Journal*, 13(3), 1-20. (in Thai)
- Mellor, G., & Van Vorst, S. (2015). Daytime sleepiness in men during early fatherhood: Implications for work safety. *Workplace Health & Safety*, 63(11), 495-501.
- Miller, L. H., Smith, A. D., & Rothstein, L. (1993). *The stress solution: An action plan to manage the stress in your life*. Pocket Books.
- Onpiw, N., Sansiriphun, N., & Baosoung, C. (2020). *Factors related to fatigue among fathers in postnatal period* [Unpublished master's thesis]. Chiang Mai University. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1991). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Sansiriphun, N., Baosoung, C., Klunklin, A., Kantaruksa, K., & Liamtrirat, S. (2014). Experience of first-time father during labor and delivery period. *Nursing Journal*, 44(1), 143-157. (in Thai)
- Shorey, S., Ang, L., & Goh, E. C. L. (2018). Lived experiences of Asian fathers during the early postpartum period: Insights from qualitative inquiry. *Midwifery*, 60, 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.009>
- Sitasuwan, T., Bussaratid, S., Ruttanaumpawan, P., & Chotinaiwattarakul, W. (2014). Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh sleep quality index. *Journal of Medical Association Thai*, 97(Suppl. 3), S57-S67. (in Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2020). *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations Using G*Power software*. Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Wynter, K., Francis, L. M., Fletcher, R., McBride, N., Dowse, E., Wilson, N., Manno, L. D., Teague, S., Macdonald, J. A., & Australian fatherhood research consortium. (2020). Sleep, mental health, and wellbeing among fathers of infants up to one year postpartum: A scoping review. *Midwifery*, 88, 102738. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102738>



Factors Related to Sleep Quality Among First Time Fathers

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับในผู้เป็นบิดาครั้งแรก

Zeitzer, J. M., Duffy, J. F., Lockley, S. W., Dijk, D. J., & Czeisler, C. A. (2007). Plasma melatonin rhythms in young and older humans during sleep, sleep deprivation, and wake. *Sleep*, 30(11), 1437–1443. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.11.1437>



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors, and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students in the Bachelor of Nursing Science Curriculum

การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ชุลีกร	ด้านยุทธศิลป์*	Chuleekorn	Danyuthasilpe*
แสงเดือน	อภิรัตน์วงศ์**	Sangduan	Apiratanawong**
ระวีวรรณ	พิไลเกียรติ***	Rawewan	Pilaikiat***
อลงกรณ์	อักษรศรี**	Alongkorn	Aksornsri**

Abstract

Perceived competency as a learning outcome of the Bachelor of Nursing Science Curriculum (Revised Edition 2016) at the Faculty of Nursing, Naresuan University, was the focus of this study which aimed to examine the self-perceived competencies of nursing students, including supporting factors and obstacles facing the students in gaining these competencies. The participants comprised 107 nursing students who completed their studies in the academic year 2023. A questionnaire was used for data collection on these perceived competencies, focusing on program learning outcomes. The questionnaire attained a content validity index of .99, and Cronbach’s alpha coefficient was .92. The focus group discussion was conducted with 12 participants. Descriptive statistics for quantitative data and content analysis for qualitative data were used.

The results revealed that the overall competency of participants was at a high level (M = 4.27, SD = 0.61). All aspects were high: the highest mean score was for ethics and morals (M = 4.44, SD = 0.57), followed by professional practice skills (M = 4.39, SD = 0.61), interpersonal skills and responsibility (M = 4.32, SD = 0.62), cognitive skills (M = 4.19, SD = 0.63), knowledge (M = 4.17, SD = 0.61), numerical analysis, and communication and information technology skills (M = 4.11, SD = 0.66). Supporting factors related to competency were 1) instructional designs and nursing teachers’ characteristics, 2) teaching methods, 3) intention of nursing students, 4) encouragement, and 5) learning environment. The barrier related to competency of participants was tiredness.

These findings provide baseline information for planning, curriculum development, and teaching design to better enhance nursing students’ competencies.

Keywords: Learning outcomes; Perception; Competency; Nursing students

* Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University; e-mail: chuleekornd@nu.ac.th

** Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

Received 27 May 2024; Revised 24 June 2024; Accepted 27 June 2024



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors,
and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students
in the Bachelor of Nursing Science Curriculum
การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะ
ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มุ่งเน้นการรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2559) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนิสิตพยาบาล และศึกษาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิต กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตพยาบาล ที่สำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา 2566 จำนวน 107 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .99 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 และการสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนิสิตโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($M = 4.27$, $SD = 0.61$) และทุกด้านมีการรับรู้สมรรถนะอยู่ระดับสูง โดยด้านที่สูงเป็นอันดับแรก คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ($M = 4.44$, $SD = 0.57$) รองลงมา ได้แก่ ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ($M = 4.39$, $SD = 0.61$) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ($M = 4.32$, $SD = 0.62$) ทักษะปัญญา ($M = 4.19$, $SD = 0.63$) ความรู้ ($M = 4.17$, $SD = 0.61$) และการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ($M = 4.11$, $SD = 0.66$) ปัจจัยสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะของนิสิต ได้แก่ 1) รูปแบบการสอนและบุคลิกภาพของผู้สอน 2) วิธีการสอนที่ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ 3) ความตั้งใจของผู้เรียน 4) กำลังใจจากคนรอบข้าง 5) สิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ ส่วนอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะ ได้แก่ ความเหนื่อยล้า

ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผน การพัฒนาหลักสูตร และการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาสมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนิสิตพยาบาลให้มีระดับที่สูงขึ้น

คำสำคัญ: ผลลัพธ์การเรียนรู้ การรับรู้ สมรรถนะ นิสิตพยาบาล

* ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร e-mail: chuleekornd@nu.ac.th

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับบทความ 27 พฤษภาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความ 24 มิถุนายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 27 มิถุนายน 2567



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors, and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students in the Bachelor of Nursing Science Curriculum

การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพการพยาบาล เป็นวิชาชีพด้านสุขภาพที่ต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพและอนามัยของประชาชนด้วยความเอาใจใส่ อย่างเอื้ออาทร เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการในแต่ละบริบท สถาบันการศึกษาพยาบาลจึงต้องมุ่งจัดการศึกษาให้นิสิตพยาบาลมีสมรรถนะทุกด้านตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติพร้อมจะสำเร็จการศึกษาและไปเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพในสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศ ซึ่งบัณฑิตที่ประกอบวิชาชีพต้องมีความรู้ สมรรถนะและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเพียงพอตามข้อกำหนดของมาตรฐานวิชาชีพ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2024)

สมรรถนะ เป็นความสามารถของบุคคลในระดับที่สามารถปฏิบัติงานใดงานหนึ่งได้สำเร็จโดยใช้ความรู้ ทักษะ เจตคติ/คุณลักษณะที่ตนมีอยู่ (Office of the Education Council, 2019) การรับรู้สมรรถนะ จึงเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการนำความรู้ความสามารถ ทักษะ และคุณลักษณะเฉพาะตนมาใช้ในปฏิบัติงานได้ประสบความสำเร็จ เมื่อพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองระดับสูง จะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลได้ดี การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติงานให้ครบทุกด้านจึงเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงาน เนื่องจากพยาบาลจะต้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ อีกทั้งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ ความพร้อมในการปฏิบัติงานในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มุ่งผลิตบัณฑิตทางการพยาบาลให้มีคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสังคม ซึ่งหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) ได้มีการปรับปรุงและเพิ่มเติมเนื้อหาสาระสำคัญให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง ทั้งภายในและภายนอกประเทศ และผลการเรียนรู้ที่สอดคล้องตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (Thai Qualifications Framework for Higher Education) และมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552 (Ministry of Education, 2009) โดยการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพที่บูรณาการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะของบัณฑิตในศตวรรษที่ 21 จัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

การจัดการเรียนการสอนใช้วิธีการที่หลากหลาย ทั้งในห้องปฏิบัติการ ในสถานการณ์จำลอง และสถานการณ์จริง สอนแบบบรรยาย สาธิต-สาธิตย้อนกลับ การสอนโดยใช้การทดลอง การอภิปรายกลุ่มย่อย การใช้กรณีตัวอย่าง บทบาทสมมติ ผู้ป่วยจำลอง การทำโครงงานหรือโครงการ เน้นการวิเคราะห์ การลงมือทำ การสังเคราะห์ การใช้เทคโนโลยีในการจัดการเรียนการสอนและค้นคว้าหาความรู้ใหม่ ๆ ในศาสตร์ด้านสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมอยู่ตลอดเวลา เพื่อพัฒนาคุณภาพของผู้เรียนให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามเป้าหมายของหลักสูตร (Faculty of Nursing, Naresuan University, 2016) ซึ่ง ได้กำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ไว้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) คุณธรรมจริยธรรม มี 9 ข้อ เช่น อธิบายประเด็นทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการพยาบาล ยอมรับผลจากการกระทำของตนทั้งผลดีและผลเสีย 2) ความรู้ มี 8 ข้อ เช่น อธิบายความรู้เกี่ยวกับพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ อธิบายความรู้ศาสตร์ทางวิชาชีพการพยาบาล ระบบสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและต่อระบบสุขภาพ 3) ทักษะทางปัญญา มี 8 ข้อ เช่น สืบค้นและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย หาแนวทางแก้ไขทางการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงและบริบททางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ มี 5 ข้อ เช่น แสดงบทบาทของการเป็นผู้นำและสมาชิกทีมในการทำงานเป็นทีม มีมนุษยสัมพันธ์ และรับรู้คุณค่าของตนเองและผู้อื่นในทีมการพยาบาล ทีมสุขภาพ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยี



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors, and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students in the Bachelor of Nursing Science Curriculum

การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

สารสนเทศ มี 5 ข้อ เช่น ประยุกต์ใช้หลักตรรกะ เทคนิคทางคณิตศาสตร์และสถิติ ในการศึกษาค้นคว้าหรือการแก้ไขปัญหา และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ มี 5 ข้อ เช่น มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเมตตา กรุณา เอื้ออาทร ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม กฎหมาย และสิทธิของผู้ป่วย เป็นต้น (Faculty of Nursing, Naresuan University, 2016)

แนวทางการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ตลอดหลักสูตร ดำเนินการโดยกรรมการผู้รับผิดชอบหลักสูตร โดยให้นิสิตแต่ละชั้นปีประเมินตนเองถึงการรับรู้สมรรถนะผลลัพธ์การเรียนรู้รายชั้นปี (year learning outcomes) ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ (google form) และมีการสื่อสารผลการประเมินโดยกรรมการผู้รับผิดชอบหลักสูตร ประสานกับอาจารย์ประจำชั้นปีและเข้าพบนิสิตพร้อมกัน เพื่อแจ้ง ผลการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้รายชั้นปี ให้นิสิตรับทราบ พร้อมรับฟังข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ในสัปดาห์แรกก่อนเปิดภาคการศึกษาทุกชั้นปี โดยกรรมการผู้รับผิดชอบหลักสูตรดำเนินการประเมินผลและนำข้อมูลไปวางแผนปรับปรุงทุกปีการศึกษาตลอดหลักสูตรจนนิสิตสำเร็จการศึกษา

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีการศึกษาการรับรู้ผลการเรียนรู้โดยใช้กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ดังการศึกษาของ รุ่งทิวา หวังเรืองสถิตย์ และอัญชลี แก้วสระศรี (Wangruangsatid & Kaewsasri, 2022) พบว่า ผู้สำเร็จการศึกษามีการรับรู้ผลลัพธ์การเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ นาทยา พิงสว่าง และ สิริพร บุญเจริญพานิช (Pungsawang & Booncharoenpanich, 2017) พบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาและปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 ปี ประเมินตนเองโดยรวมมีคุณภาพอยู่ระดับมาก ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ได้แก่ ปัจจัยด้านความสุขในการเรียน รูปแบบการเรียนรู้ และด้านสภาพแวดล้อมทางการเรียน (Chantra et al., 2016; Songwatthanayuth et al., 2019) นอกจากนี้สภาพแวดล้อมด้านเพื่อน ด้านอาจารย์ พฤติกรรมในห้องเรียน พฤติกรรมนอกห้องเรียน และสภาพแวดล้อมด้านหลักสูตร มีอิทธิพลต่อการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของนักศึกษาพยาบาล (Kruttakart et al., 2023)

นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2566 เป็นรุ่นที่ผ่านการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559 ซึ่งยังไม่ได้รับการติดตามผลการรับรู้สมรรถนะของตนเองจากหลักสูตรดังกล่าว แม้ว่าจะเป็นหลักสูตรเดิม ที่ขณะนี้มีการเปลี่ยนแปลงด้านผลลัพธ์การเรียนรู้ไปแล้ว แต่ก็ยังสามารถใช้สมรรถนะเหล่านี้ให้เกิดประโยชน์ในการประกอบวิชาชีพได้ หากนิสิตมีการรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับสูงก็คาดว่าจะส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลได้ดี ข้อมูลที่ได้รับก็จะสะท้อนถึงคุณภาพของการจัดการเรียนการสอน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิต ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลในการปรับปรุงหลักสูตร และการจัดการเรียนการสอนให้มีคุณภาพ และพัฒนาหลักสูตรที่ตอบสนองความต้องการของผู้เรียนและส่งเสริมสมรรถนะของผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรได้อย่างแท้จริง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors, and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students in the Bachelor of Nursing Science Curriculum

การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาการรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ (learning outcome) ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยผลลัพธ์การเรียนรู้ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) คุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ทั้งนี้การพัฒนาสมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้จำเป็นต้องมีปัจจัยสนับสนุนหรือส่งเสริม ได้แก่ ผู้สอน ผู้เรียน การจัดการเรียนการสอน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ รวมถึงอุปสรรคต่อการพัฒนาการเรียนรู้ของนิสิตซึ่งศึกษาเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยศึกษาทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ นิสิตพยาบาลที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2566 จำนวน 488 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2559) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ปีการศึกษา 2566 จำนวน 112 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ไม่จำกัดอายุและเพศ 2) เป็นผู้สำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา 2566 และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ขาดอนรายวิชาทางการพยาบาล 2) ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัย และ 3) มีการลาพักการศึกษา การลาออกในช่วงที่มีการเก็บข้อมูลวิจัย ไม่สามารถสำเร็จการศึกษาในระยะเวลาที่มหาวิทยาลัยกำหนดในปีการศึกษา 2566

ผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ และคัดเลือกตามเกณฑ์ คือ สามารถให้ข้อคิดเห็นผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร และยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และใช้การบอกต่อ (snowball sampling approach) การศึกษาครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลที่เข้าสนทนากลุ่ม 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ เพศ และอายุ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรพยาบาลศาสตร (ปรับปรุง พ.ศ. 2559) ประกอบด้วยเนื้อหา 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม (8 ข้อ) 2) ความรู้ (11 ข้อ) 3) ทักษะทางปัญญา (7 ข้อ) 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (5 ข้อ) 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (6 ข้อ) และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (7 ข้อ) รวม 44 ข้อ ข้อคำถามเป็นด้านบวกทั้งหมด เพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรพยาบาลศาสตร



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors, and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students in the Bachelor of Nursing Science Curriculum

การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้ค่าคะแนนจากน้อยไปหามาก ดังนี้ การรับรู้สมรรถนะตนเองระดับต่ำที่สุด (1 คะแนน) ระดับต่ำ (2 คะแนน) ระดับปานกลาง (3 คะแนน) ระดับสูง (4 คะแนน) และระดับสูงที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (Srisaard, 2017) คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะตนเองระดับต่ำที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะตนเองระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะตนเองระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะตนเองระดับสูง และคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะตนเองระดับสูงที่สุด

ส่วนที่ 3 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะและอุปสรรค ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวคำถามปลายเปิด สำหรับการสนทนากลุ่ม ประเด็นการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนสมรรถนะของนิสิต (ผู้สอน ผู้เรียน การจัดการเรียนการสอน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้) และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตมีอะไรบ้าง อย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถาม ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสม แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .99 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยปรับปรุงภาษาในข้อคำถามให้เข้าใจง่ายตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แบบสอบถามนำไปทดลองใช้กับผู้สำเร็จการศึกษา จากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร IRB No. P2-0014/2567 หลังจากนั้นเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อหลีกเลี่ยงการบังคับให้เข้าร่วมวิจัยแบบเกรงใจ หลังเข้าร่วมแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่จะได้รับ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมการศึกษา สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ โดยไม่ต้องมีเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการเรียน หรือผลการเรียน ขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยมีเวลาให้ตัดสินใจและโดยสมัครใจ และขอคำยินยอมกับอาสาสมัครโดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมและเฉพาะการนำเสนอเชิงวิชาการ และทำลายข้อมูลรวมถึงไฟล์เสียงที่บันทึกในคอมพิวเตอร์และเครื่องบันทึกเสียง ภายใน 3 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติ ทีมผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่างและพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องเรียน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ชี้แจงข้อคำถามในแบบสอบถาม และให้มีเวลาเพียงพอในการคิดทบทวนก่อนตอบคำถาม และมีอิสระในการตอบหรือไม่ตอบคำถามครบทุกข้อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หากมีข้อสงสัยสอบถามได้ และกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย 107 คน จาก 112 คน คิดเป็นร้อยละ 95.54

การสนทนากลุ่ม ดำเนินการโดยผู้วิจัยและทีมวิจัย ณ ห้องเรียน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร สถานที่สงบและเป็นส่วนตัว ก่อนเริ่มขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกการสนทนา สนทนากลุ่ม 1 ครั้งโดยใช้แนวคำถาม มีสมาชิกกลุ่มละ 12 คน ใช้เวลา 50-90 นาที ผู้ดำเนินการสนทนาเริ่มจากคำถามกว้าง ๆ แล้วเข้าสู่ประเด็นการรับรู้ผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค การบรรลุสมรรถนะและสิ่งที่ต้องการพัฒนา



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors, and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students in the Bachelor of Nursing Science Curriculum

การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

สร้างบรรยากาศให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ร่วมสนทนา และทบทวนข้อมูลเป็นระยะจนข้อมูลมีความอิมตัวจึงยุติการสนทนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การรับรู้สมรรถนะของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร (ปรับปรุง พ.ศ.2559) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะนิสิต ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตามแนวคิด ของ มิลเลอร์ และ แครบตรี (Miller & Crabtree, 1992) โดยถอดเทปการสัมภาษณ์ แบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค จากนั้นแยกแยะและจัดประเภทของข้อมูล นำข้อมูลที่จัดประเภทแล้วมาลงรหัสของข้อมูล นำข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจัดเข้าเป็นกลุ่มเดียวกัน นำข้อมูลที่จัดกลุ่มแล้วมาสร้างเป็นหมวดหมู่ของข้อมูล นำหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาแก่นสาระและหาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

การสร้างที่น่าเชื่อถือของผลการวิจัย (trustworthiness) ตามแนวคิดของ ลินคอร์น และ กูบา (Lincoln & Guba, 1985) โดยการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน ได้แก่ การใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ทีมผู้วิจัยมีการปรึกษาหารือร่วมกัน (peer debriefing) เกี่ยวกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัยใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลในการยืนยันความจริงและความชัดเจนของผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานผลวิจัย (confirmability)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 107 คน แบ่งเป็นเพศชาย 10 คน ร้อยละ 8 เพศหญิง 97 คน ร้อยละ 92 มีอายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 24 ปี อายุเฉลี่ย 21.92 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.07 ผู้ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน เป็นเพศชาย 2 คน และเพศหญิง 10 คน

2. การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559)

การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนิสิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.27$, $SD = 0.61$) และทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงเป็นอันดับแรก คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ($M = 4.44$, $SD = 0.57$) รองลงมา ได้แก่ ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ($M = 4.39$, $SD = 0.61$) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ($M = 4.32$, $SD = 0.62$) ทักษะปัญญา ($M = 4.19$, $SD = 0.63$) ความรู้ ($M = 4.17$, $SD = 0.61$) และการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ($M = 4.11$, $SD = 0.66$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors,
and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students
in the Bachelor of Nursing Science Curriculum
การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะ
ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนิสิต โดยรวมและแยกรายด้าน (N = 107)

การรับรู้สมรรถนะ	Mean	SD	ระดับการรับรู้สมรรถนะ
การรับรู้สมรรถนะโดยรวม	4.27	0.61	สูง
รายด้าน			
คุณธรรม จริยธรรม	4.44	0.57	สูง
ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ	4.39	0.61	สูง
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	4.32	0.62	สูง
ทักษะปัญญา	4.19	0.63	สูง
ความรู้	4.17	0.61	สูง
การวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.11	0.66	สูง

3. ปัจจัยสนับสนุนสมรรถนะการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตพยาบาล

จากการสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 12 คน ทุกคนรับรู้ว่าได้บรรลุสมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรที่กำหนด ทั้งนี้มีปัจจัยสนับสนุนให้ผู้เรียนมีสมรรถนะบรรลุตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ดังนี้

3.1 รูปแบบการสอนและบุคลิกภาพของผู้สอน

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกคนรับรู้ได้ว่า อาจารย์ผู้สอนที่คอยกระตุ้นการเรียนจะช่วยส่งเสริมและพัฒนาการเรียนรู้อาจารย์ผู้สอนให้มีคุณภาพบรรลุตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร ด้วยอาจารย์จัดการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ฝึกการคิดโดยกระตุ้นให้ซักถาม แสดงความคิดเห็น ลงมือทำ ค้นคว้าเพิ่มเติม อาจารย์ที่มีเทคนิคการสอนไม่น่าเบื่อ สอนแล้วเห็นความเชื่อมโยงจะทำให้อยากเรียน เข้าใจมากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด “อาจารย์คอยพูดคอยพูดย้ำกับนิสิตบ่อย ๆ กระตุ้นให้นิสิตมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ แสดงความคิดเห็น ฝึกคิด ค้นคว้า จะเกิดการเรียนรู้มากขึ้น” “อาจารย์สอนแบบคอยกระตุ้นให้คิด ให้ถาม ให้ลงมือทำ มันก็ไม่น่าเบื่อ”

อีกทั้งบุคลิกภาพของอาจารย์ก็ช่วยสนับสนุนการเรียนรู้อาจารย์ที่เป็นกันเอง ใจดี เข้าใจผู้เรียน ให้กำลังใจผู้เรียน ทำให้รู้สึกอยากเรียน มีกำลังใจและทำให้มีความพยายามที่จะพัฒนาตนเองมากยิ่งขึ้น หากค่อนข้างดุ ไม่ค่อยเป็นมิตร ไม่รับฟัง ก็จะทำให้ไม่อยากจะเรียน ส่งผลต่อการเรียนรู้ที่ลดลง ดังตัวอย่างคำพูด “บุคลิกภาพส่วนบุคคลของอาจารย์ก็มีส่วน คนไหนค่อนข้างดุ บางครั้งไม่ค่อยกล้าถาม” “อาจารย์ที่ใจดี คอยให้กำลังใจจะทำให้เรามีแรงฮึดในการพัฒนาตัวเองมากขึ้น”

3.2 วิธีการสอนที่ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้อ

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกคนรับรู้ได้ว่า วิธีการสอนที่ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้อาจารย์ผู้สอนมีหลากหลาย แบ่งเป็น 1) การเรียนจากสถานการณ์จำลอง 2) การวิเคราะห์กรณีศึกษา และ 3) การฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์จริง การเรียนจากสถานการณ์จำลอง การเรียนรู้อาจารย์ผู้สอนจากสถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้มากขึ้น โดยฝึกกระบวนการคิด การสื่อสาร การแก้ปัญหา และการตัดสินใจจากสถานการณ์นั้น ๆ และยังเป็นการเตรียม



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors, and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students in the Bachelor of Nursing Science Curriculum

การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความพร้อมผู้เรียนก่อนออกไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง เมื่อผู้เรียนได้พบผู้ป่วยหรือสถานการณ์ที่คล้าย ๆ กัน จะเข้าใจสถานการณ์ คิดแก้ปัญหา กล้าตัดสินใจ ดังตัวอย่างคำพูด “เรียนสถานการณ์จำลองช่วยให้เราคิดวิเคราะห์ ฝึกการคิด การแก้ปัญหา กล้าที่จะตัดสินใจ เราต้องมีการพูดคุยกับผู้ป่วยในสถานการณ์จำลองด้วย เราได้ใช้สถานการณ์จำลองก่อนไปฝึกจริงก็จะรู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง ลำดับความคิดและตัดสินใจ ช่วยให้มีคามมั่นใจ”

การวิเคราะห์กรณีศึกษา การวิเคราะห์จากกรณีศึกษา หรือการวิเคราะห์จากแบบฝึกหัด จะช่วยพัฒนากระบวนการคิด โดยเฉพาะการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหาของผู้เรียน พร้อมกับอาจารย์มีการอธิบายเพิ่มเติม จะทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจและมองเห็นภาพได้มากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด “ได้เรียนจากเคสหรือกรณีศึกษา มันฝึกการคิด คิดวิเคราะห์ อาจารย์ให้แสดงความคิดเห็น หรือช่วยกันแก้ปัญหา มันเข้าใจมากขึ้น” “อาจารย์จะให้โจทย์ ให้เราช่วยกันวิเคราะห์และแนวทางแก้ไขปัญหากันก่อน แล้วอาจารย์จะมาอธิบายเพิ่มให้ฟังตอนหลัง คิดว่า ได้เรียนแบบนี้ได้ประโยชน์”

การฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์จริง ผู้ร่วมสนทนากลุ่มทุกคนแสดงความคิดเห็นว่า การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยผู้เรียนจะได้เรียนรู้จากผู้ป่วยจริงเป็นการส่งเสริมการพัฒนาตนเอง เพราะนำความรู้ลงไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง และผู้เรียนต้องฝึกฝนตนเอง ฝึกบ่อย ๆ ให้มีทักษะที่เพียงพอ จึงจะมีความมั่นใจในการไปให้การพยาบาลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามอาจารย์จะมีการเตรียมความพร้อมของผู้เรียนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานเพื่อความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติงาน โดยการทบทวนความรู้ สาทิตและสาธิตย้อนกลับการทำหัตถการ หรือทักษะการพยาบาลต่าง ๆ เมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติงานอาจารย์จะคอยกระตุ้น ให้นิสิตได้แสดงสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วย หรือทำการพยาบาลแก่ผู้ป่วย และคอยกระตุ้นให้กลับไปทบทวนความรู้ และให้กำลังใจหากปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้ผู้เรียนมีการพัฒนาตนเองมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด “การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยช่วยพัฒนาตัวเองได้มาก ได้ฝึกทำจริงกับผู้ป่วย ฝึกทักษะการพยาบาล ทำบ่อย ๆ เราเกิดความชำนาญ”

“การเรียนภาคปฏิบัติทำให้นิสิตมีความมั่นใจในการฝึกงาน กล้าทำหัตถการ อาจารย์ให้นิสิตทุกคนสาธิต และสาธิตย้อนกลับ หรือทบทวนความรู้กันสั้น ๆ รวมถึงคอยกระตุ้นให้กลับไปทบทวน ระหว่างการขึ้นฝึกมีการให้กำลังใจหากทำถูกต้อง”

3.3 ความตั้งใจของผู้เรียน

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีผู้เรียนต้องมีความตั้งใจ มีความมุ่งมั่น มีเป้าหมายในการเรียน จึงจะเกิดความพยายาม ความกระตือรือร้น และค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาตนเองอยู่เสมอ นอกจากนี้ต้องรู้จักกระตุ้นตนเอง หากผู้เรียนไม่ตระหนักไม่เห็นความสำคัญของการเรียนก็จะส่งผลต่อการเรียนและการทำงานในอนาคต ดังตัวอย่างคำพูด

“ผู้เรียนต้องมีความตั้งใจ เข้าใจการเรียน มีความมุ่งมั่น กระตือรือร้น และฝึกฝนตนเอง ให้มีประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น จึงจะมีสมรรถนะเพิ่มขึ้น เป็นการพัฒนาตนเอง”

“ผู้เรียนมีความมุ่งมั่น มีเป้าหมายที่ชัดเจน มีความรับผิดชอบในการเรียนและงาน จะประสบความสำเร็จในการเรียนพยาบาล”

“การเรียนรู้อะไรของหลักสูตร หากเราขาดความตระหนัก หรือไม่ตั้งใจไม่เห็นความสำคัญจะมีผลต่อการเรียนของเราและการทำงานในอนาคต”

3.4 กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง

ผู้ร่วมสนทนากลุ่มส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับการได้รับกำลังใจจากเพื่อน และอาจารย์ผู้สอน มากที่สุด รองลงมาเป็นกำลังใจจากครอบครัว อาจารย์คอยดูแลเอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือ ตักเตือนและชื่นชม การทำงานกลุ่มกับเพื่อน ๆ เพื่อนจะเป็นแรงกระตุ้น หากเรียนไม่เข้าใจเพื่อนจะช่วยสอนและให้กำลังใจ หรือหากมีเรื่อง



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors,
and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students
in the Bachelor of Nursing Science Curriculum

การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะ
ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ไม่สบายใจก็คุยกับคนในครอบครัว กำลังใจที่ได้รับเหล่านี้จะเป็นพลังช่วยให้กับผู้เรียนผ่านวิกฤติ พัฒนาตนเองและ
มุ่งไปสู่ความสำเร็จ ดังตัวอย่างคำพูด

“การจับกลุ่มเรียนกับเพื่อน ๆ เพื่อนคอยกระตุ้น ให้กำลังใจกัน ทำให้เรามีความพยายามตั้งใจ ที่จะทำสิ่งนั้น
ให้สำเร็จ”

“หลายคนจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้นจากอาจารย์ และจากเพื่อนภายในกลุ่ม ทำให้รู้สึกไม่ท้อถอย”

“ผู้สอนที่ให้กำลังใจจะทำให้นักเรียนมีแรงฮึดในการพัฒนาตัวเองมากกว่า”

“ระหว่างขึ้นฝึกบนหอผู้ป่วย อาจารย์คอยช่วยเหลือให้กำลังใจหากเราทำถูกต้อง”

3.5 สิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ห้องเรียน ห้องสมุด อินเทอร์เน็ต มีผลต่อเพิ่มหรือลด
การเรียนรู้ซึ่งส่งผลต่อสมรรถนะของผู้เรียน ดังตัวอย่างคำพูด

“แต่แต่ละชั้นปีมีนิสิตมาก จะมีห้องเรียนสโลป ห้อง H406 ที่รองรับผู้เรียนจำนวนมากก็เอื้อต่อการเรียนรู้ แต่
ห้องอื่น ๆ มีขนาดเล็กไม่เหมาะสมกับผู้เรียนที่มีจำนวนมาก พอนั่งเรียนรวมๆกัน มันอึดอัด บรรยากาศไม่ค่อยดี
รบกวนสมาธิ ความสนใจในการเรียนไม่ค่อยมี”

“หนังสือมีที่ห้องอ่านหนังสือคณะ และห้องสมุดคณะแพทย์ โดยปกติหนูก็จะเข้าไปใช้ เจียบสงบ สะอาดดี
หนังสือก็มีเยอะ ถามความทันสมัย ก็อาจจะไม่ใช่ทุกเล่มที่ทันสมัย หนังสือวิชาการไม่ได้มีปัญหาอะไร”

“คณะเราพยายามเพิ่มจำนวนหนังสือเข้าในห้องสมุดแล้วอันนี้เป็นสิ่งที่ดี แต่ว่าหนังสือที่เป็น e-book ยังไม่
ค่อยตรงกับสายการพยาบาลที่ต้องใช้มากนัก”

“ปัจจุบันพวกเราใช้ IPAD เชื่อมต่อ internet ได้ทุกจุดในมือ หรือคณะ เข้าถึงสื่อการเรียนออนไลน์ได้
สะดวก”

4. อุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะ

ความเหนื่อยล้า ผู้ร่วมสนทนากลุ่มทุกคนต่างเห็นตรงกันว่า การเรียนพยาบาลต้องเรียนทั้งทฤษฎีและ
ภาคปฏิบัติ มีตารางเรียนที่อัดแน่นในแต่ละวัน แต่ละวิชาจะมีชิ้นงานที่มอบหมายและส่งงานในเวลาใกล้ ๆ กัน มี
ทำแบบฝึกหัดทำยบทเรียน บางรายวิชาให้ทำ mapping วิเคราะห์กลไกการเกิดโรคซึ่งใช้เวลาค่อนข้างมาก
นอกจากนี้ความเหนื่อยล้าจากการฝึกงาน การเขียน care plan อ่านหนังสือทบทวนหรือมีการบ้านให้ค้นคว้าเพื่อ
ไปตอบอาจารย์ตอนเช้า รู้สึกเหนื่อยล้า พักผ่อนน้อย กระทั่งกับการเรียนรู้ของผู้เรียน ดังตัวอย่างคำพูด

“ตารางเรียนที่หนัก และปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบพร้อมกันหลายวิชา ทำให้ความสนใจในการเรียนลดลง
มีความอ่อนล้า และลดประสิทธิภาพการเรียน”

“เวลาฝึกงานบน ward กลับมาต้องวางแผนการพยาบาล ทำ care plan ส่งอาจารย์ในตอนเช้า ใช้เวลานะ
กว่าจะเขียนเสร็จก็ตึก กว่าจะเข้านอน งานเยอะมาก รู้สึกเหนื่อย”

การอภิปรายผล

1. การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร ปรับปรุง พ.ศ.2559)

ระดับการรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้โดยรวมของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร
ปรับปรุง พ.ศ. 2559) อยู่ในระดับสูง ($M = 4.27, SD = 0.61$) โดยการรับรู้สมรรถนะตนเองในระดับสูงเป็นอันดับ
แรก คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม รองลงมา ได้แก่ ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและ



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors,
and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students
in the Bachelor of Nursing Science Curriculum

การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะ
ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความรับผิดชอบ ทักษะปัญญา ความรู้ และการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ตามลำดับ

ผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สำเร็จการศึกษาเป็นผู้เรียนในหลักสูตร ปรับปรุง พ.ศ. 2559 หลักสูตรได้มีกระบวนการเพื่อสนับสนุนให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ (Faculty of Nursing, Naresuan University, 2016) 1) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมการเรียนการสอนที่หลากหลาย ทั้งรูปแบบการบรรยาย ฝึกในห้องปฏิบัติการซึ่งมีสถานการณ์จำลอง และฝึกปฏิบัติการจริงบนคลินิกและชุมชน โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ผ่านการจัดทำโครงการหรือปฏิบัติการวิจัย ซึ่งผู้เรียนจะได้ฝึกทักษะการคิดและการแก้ไขปัญหา การสื่อสารและการทำงานร่วมกันเป็นทีม การฝึกประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบต่อทีมสหสาขาวิชาชีพ ทักษะปัญญา ความรู้ และการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการนำเสนอ และมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีความเหมาะสมตามระดับการเรียนรู้แต่ละชั้นปี 2) มีการส่งเสริมสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียน และ 3) การประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เน้นการประเมินระหว่างเรียน (formative evaluation) อีกทั้งมีการสะท้อนกลับอย่างเหมาะสมกับผู้เรียนเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง (Sangprateetong, 2018)

จากกระบวนการดำเนินการของหลักสูตรดังกล่าวนิสิตจึงรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับสูง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า คุณธรรม จริยธรรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาเป็น ด้านทักษะปฏิบัติการวิชาชีพ ทั้งนี้หลักสูตรเน้นเรื่องความมีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งมีกิจกรรมการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนวิเคราะห์กรณีตัวอย่างหรือประเด็นทางด้านคุณธรรมจริยธรรมตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 สอดแทรกในทุกรายวิชาและขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาล อีกทั้งมีกิจกรรมเสริมหลักสูตรด้านจิตอาสาเพื่อปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมในชีวิตประจำวัน การเสียสละเพื่อส่วนรวม การเห็นคุณค่าและเคารพผู้อื่น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้สมรรถนะด้านคุณธรรม จริยธรรม และด้านทักษะปฏิบัติการวิชาชีพอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังตัวอย่างคำพูด “ด้านคุณธรรม จริยธรรม คิดว่าเรามีความเข้าใจและนำมาใช้กับการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง มองเห็นคุณค่าและเห็นความสำคัญของการเคารพในสิทธิผู้ป่วย และความมีมนุษยธรรมต่อผู้ป่วย” และ “สิ่งที่บรรลุคือ ความเอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์ การดูแลผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร มองว่าทุกคนเท่าเทียมกันให้ความช่วยเหลือเท่า ๆ กัน”

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิวา หวังเรืองสถิตย์ และ อัญชลี แก้วสระศรี (Wangruangsattid & Kaewsari, 2022) และการศึกษาของ นาดยา พิงสว่าง และ สิทธิพร บุญเจริญพานิช (Pungsawang & Booncharoenpanich, 2017) พบว่า การรับรู้ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติด้านคุณธรรม จริยธรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ อารีรัตน์ ขำอยู่ และคณะ (Khumyu et al., 2021) พบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านคุณลักษณะทางวิชาชีพ และด้านจริยธรรม

คะแนนเฉลี่ยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบต่ออยู่ระดับสูง ทั้งนี้ หลักสูตรจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมผู้เรียนด้านการทำงานเป็นทีมในการแสดงบทบาทของการเป็นผู้นำและผู้ตาม หลากหลายสถานการณ์ทั้งในคลินิกและชุมชน มอบหมายการทำงานเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8 คน และมีการประเมินความสามารถในการทำงานร่วมกับเพื่อน และความรับผิดชอบต่อเรียนรู้อะไรและการพัฒนาตนเองด้านวิชาชีพ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบต่ออยู่ระดับสูง ซึ่งการมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนในกลุ่มจะทำให้เกิดการช่วยเหลือและได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (Artin-in, 2020) สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังตัวอย่างคำพูด “ด้านปฏิสัมพันธ์ ผมบรรลุเป้าหมาย เพราะได้ทักษะการทำงาน



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors, and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students in the Bachelor of Nursing Science Curriculum

การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

เป็นทีม การทำงานกลุ่มทำให้เรารู้จักฟังคนอื่น เพราะทุกคนมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ทำให้เราได้เรียนรู้จากความคิดเห็นที่แตกต่างกัน เราเห็นมุมมองที่หลากหลาย เมื่อเราไปทำงานไม่ใช่มีแต่คนใช้ที่เราต้องดูแล แต่เราต้องทำงานร่วมกับผู้อื่น อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมด้วย”

คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะปัญญาอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากหลักสูตรมีกิจกรรมการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม (active learning) ฝึกทักษะการคิดและการแก้ปัญหาทั้งระดับบุคคลและรายกลุ่มในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเชื่อมโยงองค์ความรู้ผ่านกิจกรรมการเรียนการสอนที่หลากหลาย เช่น อภิปรายกลุ่ม สะท้อนคิด การวิเคราะห์กรณีศึกษา การจัดทำโครงการ ปฏิบัติการวิจัย และการสัมมนา เป็นต้น ทำให้ผู้เรียนได้ฝึกกระบวนการคิดและการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะด้านทักษะปัญญาในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในระดับสูง ทั้งนี้ เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร ครอบคลุมหมวดวิชาศึกษาทั่วไป 30 หน่วยกิต หมวดวิชาเฉพาะ 108 หน่วยกิต และหมวดวิชาเลือกเสรี 6 หน่วยกิต มีกิจกรรมการสอนที่หลากหลายโดยให้ผู้เรียนได้มีการเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้แบบสะท้อนกลับ การใช้ปัญหาเป็นฐาน การคิดวิเคราะห์ การทำกรณีศึกษา และเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ทั้งรูปแบบในชั้นเรียน ห้องเรียนออนไลน์ การเรียนด้วยระบบ e-learning และการฝึกปฏิบัติการพยาบาล และจัดให้มีการทบทวนความรู้และการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้รวบรวมก่อนสำเร็จการศึกษา การดำเนินการดังกล่าวจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะด้านความรู้ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากมีกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ฝึกทักษะการสื่อสารทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษให้ผู้เรียนเข้าใจ การสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและนำเสนอโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการนำเสนอข้อมูล รวมถึงมีกิจกรรม Internationalization at home ในช่วงพักกลางวัน เพื่อเสริมทักษะการใช้ภาษาอังกฤษให้กับนิสิต พิจารณารายข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษในการสื่อสาร การนำเสนอ (M =3.97) อีกทั้งจากข้อมูลเชิงคุณภาพกลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะสิ่งที่ต้องการพัฒนา คือ การพัฒนาทักษะด้านภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพมากขึ้น จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยด้านนี้สูงแต่ก็สูงเป็นลำดับสุดท้าย ดังนั้นควรส่งเสริมผู้เรียนด้านการใช้ภาษาโดยเฉพาะภาษาอังกฤษเชิงวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาพบว่า นิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยรวมอยู่ระดับดี โดยทักษะด้านคอมพิวเตอร์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด และทักษะด้านการอ่าน เขียน และทักษะทางคณิตศาสตร์มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (Suwannakeeree et al., 2019)

2. ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะนิสิตให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้

ผลการสนทนากลุ่ม ปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้ผู้เรียนบรรลุตามผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร ได้แก่ รูปแบบการสอนและบุคลิกภาพของผู้สอน และวิธีการสอนที่ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ ทั้งการเรียนจากสถานการณ์จำลอง การวิเคราะห์กรณีศึกษา และการฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์จริง ทั้งนี้เพราะการสอนทางการพยาบาลนั้นมีทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ อาจารย์ผู้สอนจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ด้วยวิธีการสอนที่หลากหลาย เพื่อพัฒนาผู้เรียนได้ครบทั้งความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพสอดคล้องกับแนวทางการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรที่มุ่งเน้นพัฒนาให้สอดคล้องกับ กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (TQF) ที่ระบุไว้ในหลักสูตร ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหลักสูตรที่กลุ่มตัวอย่างใช้นั้นมีการกำหนดรูปแบบการเรียนการสอนเหมาะสม สอดคล้องกับ อิศเรศ พิพัฒน์มงคลพร (Pipatmongkon-



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors,
and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students
in the Bachelor of Nursing Science Curriculum
การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะ
ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

porn, 2019) กล่าวว่า ผลการเรียนรู้ของผู้เรียนเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในห้องเรียนที่ออกแบบโดยผู้สอนเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน การศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ (Chantra et al., 2016) พบว่า รูปแบบการเรียนรู้มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี

ความตั้งใจของผู้เรียน เป็นปัจจัยด้านตัวผู้เรียนที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสมรรถนะของผู้เรียน ทั้งนี้ เนื่องจากผู้เรียนที่มีแรงจูงใจในการเรียนรู้จะมีพฤติกรรมการเรียนที่ดี เช่น ขยันหมั่นเพียร อดทน และการเอาใจใส่ และตั้งใจเรียน เพื่อให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น และประสบความสำเร็จในการเรียน (Sukcharoen, 2018) ดังผลการศึกษาของ จรัสศรี เพ็ชรคง (Petchkong, 2016) พบว่า ปัจจัยด้านตัวผู้เรียน ได้แก่ พฤติกรรมการเรียน แรงจูงใจในการเรียนรู้ และ การเรียนรู้โดยการนำตนเอง มีอิทธิพลทางตรงต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช มากที่สุด

กำลังใจจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ เพื่อน อาจารย์ และครอบครัว เป็นปัจจัยสนับสนุนช่วยเหลือผู้เรียนให้ บรรลุตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ทั้งนี้ เนื่องจากการเรียนการสอนทางการพยาบาลนั้น นิสิตอาจพบปัญหาความยุ่งยาก ลำบากใจที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งภาคทฤษฎีและการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน ดังนั้น นิสิตอาจต้องการความช่วยเหลือ และการสนับสนุนด้านกำลังใจ ข้อมูล คำแนะนำ หรือความรักความเอาใจใส่จากเพื่อน อาจารย์ และครอบครัว เพื่อให้มีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคปัญหาและรู้สึกมั่นใจคงปลอดภัยทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญ- ชุนหะ และคณะ (Hirunchunha et al., 2021) ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า กำลังใจจากคนรอบข้าง มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้ตลอดชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคใต้

สิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้พบว่า ห้องเรียน ห้องสมุดหนังสือทางการแพทย์ ห้องคอมพิวเตอร์และระบบ WI-FI เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยเอื้อต่อประโยชน์ใช้สอยและ เพื่อสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน คณะพยาบาลศาสตร์ จัดห้องปฏิบัติการให้นิสิตพยาบาลได้ฝึก ก่อนและหลังไปฝึกปฏิบัติการจริง จัดอุปกรณ์ที่เพียงพอและพร้อมใช้งาน มีห้องอ่านหนังสือเพื่อศึกษาค้นคว้า หาข้อมูลด้วยตนเอง มีห้องคอมพิวเตอร์และบริการอินเทอร์เน็ตไร้สาย มีระบบ Wi-Fi ที่ส่งสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้ แรงและมีความเสถียร ผู้เรียนจึงมีความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล และเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ตลอดทั้งภายในคณะ และมหาวิทยาลัย รวมถึงสื่อการสอนออนไลน์ต่าง ๆ ซึ่งช่วยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้น่าสนใจมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนเหล่านี้ มีส่วนช่วยให้ นิสิตพยาบาลมีความสามารถในการเรียนรู้ด้วยการ นำตนเองอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณชาติ ตาเลิศ และ รุจิสร สุธะถาวร (Talerd & Surathaworn, 2022) ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล ซึ่ง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมการรับรู้ความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลอยู่ ระดับสูง โดยปัจจัยเอื้อเป็นสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่สำคัญเพื่อบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ ถึงแม้ว่าหลักสูตรได้จัดสรร ระบบสนับสนุนด้านปัจจัยเอื้อ แต่ก็ยังพบว่า ห้องเรียนขนาดใหญ่ยังมีจำนวนไม่เพียงพอกับการใช้งาน หนังสือ ทางการแพทย์ประเภท e-book ยังมีน้อย ดังนั้นการปรับปรุงหลักสูตรใหม่จำเป็นต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมที่ เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการศึกษาของ จรัสศรี เพ็ชรคง (Petchkong, 2016) พบว่า ปัจจัยด้านสภาพห้องเรียน และบรรยากาศการเรียนรู้ ส่งผลทางตรงต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช

อุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของนิสิต ได้แก่ ความเหนื่อยล้า ทั้งนี้ เนื่องจาก หลักสูตรพยาบาลศาสตร ปรึบปรุง พ.ศ. 2559 มีจำนวนหน่วยกิตที่มาก 144 หน่วยกิต การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรยังเป็นแบบ



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors,
and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students
in the Bachelor of Nursing Science Curriculum

การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะ
ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

การสอนบรรยาย ซึ่งยังมีเนื้อหาสาระค่อนข้างมากจึงจัดเวลาให้ผู้เรียนศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองไม่มากพอ และใน
ชั้นปีที่ 4 การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีจัดแบบย่นเวลาเรียนให้สั้นลง ตารางเรียนค่อนข้างแน่นและต่อเนื่อง
ด้วยการฝึกปฏิบัติงานในแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพ เพื่อให้มีเวลาช่วงสุดท้ายสำหรับเตรียมตัวสอบความรู้
รวบยอดและสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพครั้งแรกได้ทันตามเวลา จึงทำให้ผู้เรียนรู้สึกหนักและเหนื่อยมาก ซึ่ง
อาจจะส่งผลต่อการเรียนรู้ของนิสิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารของสถาบัน ผู้รับผิดชอบหลักสูตร และผู้สอน สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน
สำหรับการวางแผน พัฒนาหลักสูตร และการจัดการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมสมรรถนะของผู้เรียนให้มีระดับที่
สูงมากขึ้น เอื้ออำนวยปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ที่เหมาะสม เพียงพอและทันสมัย ได้แก่ ขนาดห้องเรียน อุปกรณ์
ฝึกปฏิบัติการพยาบาล หนังสือประเภท e-books ทางพยาบาล
2. หลักสูตรควรปรับปรุงโครงสร้างหลักสูตรให้มีหน่วยกิตที่ลดลง ออกแบบเนื้อหาและหน่วยกิตภาคทดลอง
และการศึกษาด้วยตนเองที่ส่งเสริม active learning มากขึ้น จัดการเรียนการสอนที่สร้างเสริมให้ผู้เรียนเกิดการ
เรียนรู้ที่แท้จริงมากกว่าเน้นเนื้อหาวิชาในชั่วโมงที่สอน
3. อาจารย์ผู้สอน ควรให้ความสำคัญกับกระบวนการจัดการเรียนการสอน หรือกิจกรรมที่เพิ่มความสามารถ
ในการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อกระตุ้นนิสิตให้มีแรงจูงใจในการเรียนพยาบาลให้ประสบ
ความสำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนาโปรแกรมหรือการพัฒนา รูปแบบการเรียนการสอน ที่ส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ของ
ผู้เรียนให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละสถาบัน
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมการรับรู้สมรรถนะครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการ
ปรับปรุงหรือการพัฒนาหลักสูตรครั้งต่อไป

References

Artin-in, S. (2020). *Science and art, learning in the 21st century* (3rd ed.). KKU printing house.
(in Thai)

Chantra, R., Thongphet, P., & Sornkshetrin, A. (2016). Factors related the ideal characteristics of
Thai graduates according to Thailand qualification framework for higher education (TQF:
HEd) the nursing student of Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani. *Journal of
Nursing Education*, 9(4), 90-101. (in Thai)

Faculty of Nursing, Naresuan University. (2016). *Bachelor of Nursing Science Program Curriculum
(Revised 2016)*. http://www.nurse.nu.ac.th/add/Bachelor_59.pdf (in Thai)

Hirunchunha, S., Boonkong, S., Phumdoung, S., Bookyoung, N., & Sangchan, H. (2021). Lifelong
learning competency of nursing students, supporting and obstacle factors related to
lifelong learning competency development. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(4),
38-49. (in Thai)



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors,
and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students
in the Bachelor of Nursing Science Curriculum
การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะ
ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

- Khummy, A., Chupan, S., Puttaruksa, L., Rattanajarana, S., Songaiad, D., & Chunchomgul, C. (2021). Factors related to professional nursing competency among nursing students at a university in the Eastern region. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 29(1), 1-12. (in Thai)
- Kruttakart, S., Chiwut, P., Rungnoei, N., Wichianrat, S., & Wanngamwiset, S. (2023). Factors of learning behaviors and environments in the Nursing College affected on the perception of learning outcomes according to Thailand qualification framework for higher education of nursing students in Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi Province. *Journal of Nursing and Health Science Research*, 15(2), e261426.
https://nursing.iserl.org/bcnsurat/index.php/researcher/profile/rs_popup/6626 (in Thai)
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (1992). Primary care research: A multimethod typology and qualitative road map. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research*. Sage.
- Ministry of Education. (2009). *Announcement of the Ministry of Education on Thai qualifications framework for higher education, 2009*. Government gazette. (in Thai)
- Office of the Education Council. (2019). *Understanding competencies easily for People and understanding competency-based curriculum easily for teachers, administrators, and educational personnel* (revised edition). 21 century. <http://www.onec.go.th/th.php/book/BookView/1661> (in Thai)
- Petchkong, J. (2016). Causal factors affecting to learning outcomes of nursing students: Boromarajonani College of Nursing Chakiraj. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 10(2), 199-211. (in Thai)
- Pipatmongkonporn, I. (2019). Classroom management strategies. *Journal of Education, Silpakorn University*, 17(1), 71-82. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/suedujournal/article/view/210309/145537> (in Thai)
- Pungsawang, N., & Booncharoenpanich, S. (2017). The quality of graduates according to Thai qualify-cations framework for higher education and desirable characteristics according to Royal Thai Air Force Nursing College. *Royal Thai Medical Journal*, 44(2), 1-17. (in Thai)
- Sangprateptong, V. (2018). Guidelines for assessment of learning outcomes in the 21st century. *Udon Ratchathani Journal of Research and Evaluation*, 7(1), 1-10. (in Thai)
- Songwatthanayuth, P., Kitsawat, S., Sirichot, K., & Boonlua, B. (2019). Factors related the characteristics of graduates framework for higher education among nursing student in Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 1(1), 57-69. (in Thai)
- Srisaard, B. (2017). *Introduction to research* (10th ed.). Suveeriyasarn. (in Thai)
- Sukcharoen, P. (2018). The perspectives of motivation in education of the nursing students. *Christian University of Thailand Journal*, 24(1), 116-124. (in Thai)
-



Perceived Competency Focusing on Program Learning Outcomes, Supporting Factors,
and Obstacles Related to Competency Development of Nursing Students
in the Bachelor of Nursing Science Curriculum
การรับรู้สมรรถนะตามผลลัพธ์การเรียนรู้ ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะ
ของนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

Suwannakeeree, W., Suwannaosoa, S., Chairat, R., Chaiem, O., & Tongsaard, T. (2019). Exploring 21st century learning skills of nursing students, Naresuan University. *Journal of Nursing Sciences*, 13(1), 89-98. (in Thai)

Talerd, W., & Surathaworn, R. (2022). A comparative study of perceived self-competencies in application of the nursing process and self-directed learning among nursing students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 12(1), 94-108. (in Thai)

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2024). *Council regulation for approve the nursing and midwifery education curriculum*. https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/BNS_.pdf (in Thai)

Wangruangsatid, R., & Kaewsasri, A. (2022). The perception of learning outcomes under the qualification framework for higher education among graduates of Nursing Science in academic year 2020 at Boromarajonani College Buddhachinaraj. *Journal of Boromarajonani College Buddhachinaraj, Surin*, 12(1), 78-93. (in Thai)



Modifying Attitudes for Reducing Alcohol-drinking Behaviors Among Thai People การปรับเจตคติเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของคนไทย

ศิริลักษณ์ ปัญญา* Siriluck Panya*
ยวดี แตรประสิทธิ์** Yuwadee Traprasit**

Abstract

Currently, Thai society is facing an escalating problem stemming from increasing alcohol consumption which is considered a major societal problem with a continuous rise in the severity of its consequences. Alcohol consumption has become more prevalent among women, children, and youths, as Thai society sees drinking alcohol as normal. This has a positive attitude towards alcohol consumption and view drinking alcohol as entertainment for social gatherings and festivals. In addition, the transition of Thai society to the 4.0 era, in which it is easier for sellers to reach buyers online, is another factor that makes it possible to buy liquor anywhere and anytime. Therefore, modifying attitudes to reduce alcohol drinking behavior among regular drinkers and cultivating new attitudes toward not drinking alcohol among young people of the new generation are good ways to prevent the emergence of new drinkers so that alcohol problems can be managed in society.

This article presents modifying attitudes for reducing alcohol-drinking behaviors among Thai people as follows: attitude adjustment by managing the teaching curriculum to focus on content related to the harms and effects of drinking alcohol; a campaign to adjust attitudes to reduce alcohol consumption in public media; stricter government policy controlling the sale and purchase of liquor, controlling alcohol advertising as a social activity, and fostering beliefs that prioritize good health. Therefore, the problem of alcohol drinking can be efficiently and effectively dealt with, building Thai society into a society that is peaceful, orderly, safe and sustainably maintains the good culture of Thailand.

Keywords: Attitudes on alcohol drinking; Public media campaign; Attitude readjustment; Alcohol drinking behavior

* Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing at Ratchathani University Udonthani campus;
e-mail: sririluck@rtu.ac.th

** Assistant Professor, Police Nursing College

Received 31 January 2023; Revised 14 February 2024; Accepted 19 April 2024



บทคัดย่อ

ปัจจุบัน สังคมไทยมีสถานการณ์ปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการดื่มสุราของคนไทยนับเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การดื่มสุราได้แพร่หลายเข้าสู่กลุ่มผู้หญิง เด็ก และเยาวชนมากขึ้น เนื่องจากสังคมไทยมองเรื่องการดื่มสุราว่าเป็นเรื่องธรรมดา มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดื่มสุรา อีกทั้งมองว่าการดื่มสุรานั้นเพื่อความบันเทิง เพื่อเข้าสังคม ดื่มในงานสังสรรค์และงานประเพณีเทศกาลต่าง ๆ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยไปสู่โลกยุค 4.0 ซึ่งโลกออนไลน์ทำให้ผู้ชายเข้าถึงผู้ซื้อได้ง่ายขึ้นและเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้สามารถซื้อสุราได้ทุกที่ทุกเวลา ดังนั้นการปรับเจตคติเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในนักดื่มประจำ และการสร้างเจตคติใหม่ในเยาวชนคนรุ่นใหม่ให้ไม่ดื่มสุรา จึงจะสามารถจัดการปัญหาการดื่มสุราในสังคมได้

บทความนี้ ได้นำเสนอการปรับเจตคติเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของคนไทย ดังนี้ การปรับเปลี่ยนเจตคติโดยแนวทางในการจัดการที่หลักสูตรการเรียนการสอน ให้มุ่งเน้นเนื้อหาที่เกี่ยวกับโทษและผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา การรณรงค์ปรับเจตคติเพื่อลดการดื่มสุราในสื่อสาธารณะ การกำหนดนโยบายการควบคุมการจำหน่ายและการซื้อสุราที่เข้มงวดของภาครัฐ การควบคุมการโฆษณาสุราแบบกิจกรรมเพื่อสังคม การสร้างค่านิยมที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพที่ชัดเจน ดังนั้น การจัดการกับปัญหาสุราอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล จะสามารถสร้างสังคมไทยให้เป็นสังคมที่สงบสุข ระเบียบร้อย ปลอดภัย และยังคงวัฒนธรรมที่ดีงามของไทยต่อไปอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ทัศนคติต่อการดื่มสุรา การรณรงค์สื่อสาธารณะ การปรับเจตคติ พฤติกรรมการดื่มสุรา

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี e-mail: sririluck@rtu.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ



บทนำ

สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจเรียกได้ว่าเป็นเครื่องดื่มยอดนิยมที่คนในสังคมมักจะใช้ดื่มในเทศกาลและวาระต่าง ๆ เช่น งานเลี้ยงสังสรรค์หรืองานฉลองตามประเพณีต่าง ๆ มักจะพบเห็นการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติ โดยคนส่วนใหญ่ในสังคมไทย มองเรื่องการดื่มสุราว่าเป็นเรื่องธรรมดาทั่วไป จะเห็นได้ว่างานเทศกาลสำคัญส่วนมากในประเทศไทยจะต้องมีสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่น ๆ เป็นส่วนประกอบในงานด้วยเสมอ

พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 (แก้ไขเพิ่มเติมถึงพระราชกำหนดแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2556) ระบุว่า “สุรา” หมายความว่า ความรวมถึงวัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งสามารถดื่มกินได้ เช่นเดียวกับน้ำสุราซึ่งดื่มกินไม่ได้แต่เมื่อได้ผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับสุรา” และ จากข้อมูลของ องค์การสุรา กรมสรรพสามิต (Liquor Distillery Organization, 2017) ได้ระบุว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นคือสารประเภท เอทานอล (Ethanol) หรือ เอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl Alcohol) เป็นแอลกอฮอล์ที่สามารถนำมารับประทานได้ ผลิตได้จากกระบวนการหมัก เช่น เบียร์ ไวน์ วิสกี้ และสาโท เป็นต้น ซึ่งวัตถุดิบที่ใช้ผลิตนั้นหาได้ง่ายได้จากพืช 2 ประเภท คือ พืชที่ให้น้ำตาล และพืชที่ให้แป้ง ดังนั้น จะพบว่า การผลิตสุราไว้เพื่อการดื่มจึงสามารถทำได้ง่ายและมีมาช้านานแล้ว จนทำให้คนในสังคมมองเรื่องของการดื่มสุราเป็นเรื่องธรรมดา ที่จะต้องมีสุราไว้ต้อนรับแขกหรือใช้ดื่มในงานเฉลิมฉลอง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อดื่มสุราเข้าไปแล้วสารเอทิลแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยจะสามารถวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในร่างกายได้ ซึ่งถ้ามีปริมาณแอลกอฮอล์ 30 mg% ในกระแสเลือดก็จะมีอาการสนุกสนานร่าเริง ถ้ามีปริมาณ 50 mg% ในกระแสเลือดจะทำให้การเคลื่อนไหวช้า หากดื่มไม่มากอาจรู้สึกอ่อนคลาเนื่องจากสารกดจิตได้สำนึกที่คอยควบคุมตนเองทำให้กล้าแสดงออกมากขึ้น ตื่นตัว พุดมากขึ้น แต่ถ้าดื่มปริมาณมากขึ้นไปเรื่อย ๆ ก็จะส่งผลกระทบต่อร่างกายและการควบคุมตนเอง ทำให้เสียการทรงตัว พุดไม่ชัด จนกระทั่งหมดสติในที่สุด

การดื่มสุราเป็นระยะเวลาอย่างต่อเนื่องจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในสมองเกิดความจำเสื่อม อีกทั้งยังส่งผลต่อระบบทางเดินอาหารและตับเพราะทำให้ตับแข็ง มะเร็งตับและตายในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) ที่ชี้ว่า การดื่มสุรามากเกินไปนั้นมียันตรายและสุราเป็นสาเหตุของโรคกว่า 230 ชนิด ทำให้เกิดการบาดเจ็บโดยทั่วโลก เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บและเสียชีวิตของประชากรอายุ 20-39 ปี ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนในวัยนี้ถึงร้อยละ 13.5 และมีผู้ที่เสียชีวิตจากการดื่มสุราโดยไม่เหมาะสมกว่า 3 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 5.3 ของยอดผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก นอกจากนี้ยังรายงานว่ามีอัตราป่วยร้อยละ 5.1 ในผู้ดื่มสุราทั้งหมดทั่วโลก

จากผลการเก็บข้อมูลภาระโรคและการบาดเจ็บของโลก (Global burden of disease and injury) ล้วนเกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา ซึ่งผลที่ตามมาคือความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งต่อปัจเจกบุคคล และสังคมในภาพรวมด้วย อีกทั้งยังทำให้เกิดปัญหาความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรม (mental and behavioral disorders) อีกด้วย ยิ่งไปกว่านั้นการดื่มสุราในปริมาณที่มากเป็นเวลานานจนติดสุรา (Alcohol dependence) ต่อเนื่องกันหลายปีนั้นทำให้สมองส่วนฮิปโปแคมปัสเล็กลง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการสื่อสารด้วยวาจา และสูญเสียความจำ จนอาจนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมจากสุราได้ (Korsakoff's Syndrome) (Sareela & Chadcham, 2018) นอกจากนี้ปัญหาต่อตัวผู้ดื่มสุราแล้ว สิริกร นามลาบุตร และ วรานิชฐ์ ลำไย (Namlabut & Lamyai, 2018) ได้ศึกษาลักษณะของภัยแล้งมือสองที่เกิดจากการดื่มของเยาววชนในสถานศึกษาแห่งหนึ่งพบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้น คือ เกิดการทะเลาะวิวาท อุบัติเหตุจราจร ผู้คนที่พบเยาววชนดื่มสุราในที่สาธารณะจะรู้สึกหวาดกลัว และกลัวถูกทำร้ายร่างกาย รวมถึงก่อความเดือดร้อนให้ชุมชนรอบข้างโดยการเปิดเพลงเสียงดังและส่งเสียงดังจากการพูดคุย ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวเราจะเห็นได้ว่าการดื่มสุราจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมไปถึงการก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจได้



ปัจจุบัน งานวิจัยด้านการค้นคว้าหาวิธีรักษาโรคติดสุราเรื้อรังพบว่า วงการแพทย์ยังไม่มีวัคซีนป้องกันและยาที่รักษาโรคพิษสุราเรื้อรังได้ มีแต่การถอนพิษสุรา (Detoxification) ที่เกิดจากการหยุดดื่ม (Withdrawal Symptoms) ซึ่งจะเกิดได้ในระยะแรกเมื่อเข้ารับการรักษาและการบำบัดทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Intervention) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุรา จึงได้จัดทำระบบข้อมูลระดับโลกเกี่ยวกับแอลกอฮอล์และสุขภาพ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงภาพรวมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประเมินติดตามแนวโน้มของอันตรายจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั่วโลก ตลอดจนผลักดันให้แต่ละประเทศแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดื่ม

สำหรับประเทศไทยมีศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) เป็นหน่วยงานวิชาการที่สร้างและจัดการองค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการป้องกันและจัดการปัญหาการดื่มสุราในประเทศไทย จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office of Thailand, 2022) พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา จำนวน 15.96 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 28 ของประชากร ทั้งนี้พบว่า ค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อคนประมาณ 1,677.23 บาทต่อเดือน เมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร ประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 7.7 ลิตรต่อคนต่อปี อย่างไรก็ตามปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของคนไทยนั้น ยังปรากฏถึงผู้สูงอายุ ซึ่งจากรายงานการสังเคราะห์ผลการศึกษาระดับต้นแล้วฉบับในประเทศไทย พ.ศ. 2564 โดย รุ่งนภา คำผาง (Kampang, 2022) พบว่า ผู้ดื่มส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมองว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นเป็นเครื่องมือในการเข้าสังคม และมองเป็นเรื่องที่พบเห็นได้ปกติในชุมชน เป็นเรื่องปกติที่สังคมจะต้องมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควบคู่กับการรับประทานอาหาร หรือดื่มเพื่อผ่อนคลายหลังเลิกงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น คือ ทัศนคติต่อการดื่ม การรับรู้ผลกระทบจากการดื่ม การเข้าถึงแหล่งซื้อขายแหล่งสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว จากเพื่อน จากสถานศึกษา (Saelim et al., 2017)

จากรายงานการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการหยุดดื่มของผู้ติดสุราที่กลับไปดื่มซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างความตั้งใจในการหยุดดื่มสุรา โดยมุ่งเน้นที่การปรับทัศนคติต่อการดื่มสุรา เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการหยุดดื่ม (Akhajan et al., 2017) ซึ่งจะสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พบว่า ทัศนคติต่อการดื่มแอลกอฮอล์ อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ และการรับรู้ความรุนแรงในการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Injumba & Wongpimoln, 2022) ดังนั้นจะเห็นว่า ทัศนคติต่อการดื่มสุราเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้ การปรับทัศนคติต่อการดื่มสุราและการสร้างเจตคติใหม่จึงน่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้

จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนว่าประเทศไทยจำเป็นต้องปรับทัศนคติของคนไทยจากภายใน ปลุกฝังค่านิยมพื้นฐานและความเข้าใจแบบใหม่ลงในความคิดทัศนคติ รวมถึงการจัดระบบและหลักสูตรให้ความรู้การรณรงค์สื่อสารสาธารณะ การปรับค่านิยมไทยยุค 4.0 เกี่ยวกับการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อีกทั้งการใช้สื่อเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยรู้เท่าทันธุรกิจสุราในยุคไทยแลนด์ 4.0 ที่ช่วยในการปรับมุมมองความคิดของบุคคล โดยเน้นที่กลุ่มคนยุคใหม่ให้ตรงตามกลยุทธ์ทางการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศ มีเป้าหมายควบคุมและลดปริมาณการบริโภค ป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ ลดความเสี่ยงของการบริโภค รวมถึงจำกัดและลดความรุนแรงของปัญหาจากการดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



ทัศนคติต่อการดื่มสุรา

สุรา คือ น้ำเมาที่ได้จากการกลั่นหรือเกิดจากการหมัก จากการศึกษาพบว่า มนุษย์ในสมัยก่อนประวัติศาสตร์อาจรู้จักการดื่มสุราโดยบังเอิญ จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์พบว่า เมื่อประมาณ 8,000 ปี ก่อนคริสต์ศักราช มนุษย์ก็รู้จักการทำไวน์จากการหมักองุ่น และใช้ไวน์เหล่านี้เป็นเครื่องดื่มในการเลี้ยงฉลองและใช้ในงานสังสรรค์รื่นเริงต่าง ๆ (Guerra-Doce, 2015) และจากอีกหนึ่งสาเหตุเรื่องของความนิยมในการดื่มสุราพบว่า เมื่อ 2,000 ปีก่อนคริสต์ศักราช มนุษย์จะมีการรวมตัวกันมากขึ้นทำให้เกิดการสร้างสังคมและเมือง มนุษย์ได้มาอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มมากขึ้น เกิดงานประเพณีและการสังสรรค์จึงมีการใช้สุราเพื่อความบันเทิงในงานรื่นเริง อีกทั้งในยุคกลางระบบสาธารณสุขปกคลุมไม่สะอาด ไม่มีน้ำบริสุทธิ์ที่จะบริโภคมากนัก น้ำในหมู่บ้านหรือเมืองต่าง ๆ จึงมีสารปนเปื้อนเจืออยู่ในเกือบทุกแหล่งที่มีชุมชน การบริโภคน้ำที่ไม่สะอาดทำให้อหิวาตกโรคระบาดซึ่งส่งผลทำให้มนุษย์ล้มตายเป็นจำนวนมาก จะเห็นว่าเมื่อไม่มีน้ำสะอาดจะดื่มกินผู้คนจึงต้องหันไปดื่มเอทิลแอลกอฮอล์หรือสุราแทน เพราะมีคุณสมบัติเป็นกรดเล็กน้อยฆ่าเชื้อโรคได้

หลังดื่มสุรา ผู้ดื่มจะมีจิตใจระงมกระหาย ทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลง หรือเวลาฉุกเฉินที่ไม่มียารักษาโรค ผู้คนในสมัยนั้นก็ดื่มสุราเพื่อลดความรู้สึกเจ็บปวด (Guerra-Doce, 2014) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า การดื่มสุรามีมาช้านานในสังคมมนุษย์ ไม่ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมเข้าสู่ยุคใดก็ตาม แต่ทัศนคติของผู้คนต่อสุราก็ไม่เปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นผู้คนในซีกโลกตะวันตกหรือตะวันออกก็ยังคงมีสุราเป็นเครื่องดื่มที่มีความสำคัญ และเป็นส่วนประกอบของงานพิธีต่าง ๆ ในเกือบทุกงานเทศกาล และยิ่งในปัจจุบันพบว่า ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการสื่อสารทำให้มนุษย์มีสื่อและการกระตุ้นให้ดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมากขึ้นอีกด้วย

ในสังคมไทย สุราเป็นเครื่องดื่มที่นิยมดื่ม และแฝงอยู่ในวิถีชีวิตของคนไทยมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน โดยมีการนำสุราเข้าสู่งานเลี้ยงซึ่งมีอิทธิพลทางด้านความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมที่เปิดโอกาสให้มีการดื่มเครื่องดื่มสุรา เช่น งานแต่งงาน งานทอดกฐิน งานสงกรานต์ หรือแม้กระทั่งงานประเพณีสำคัญในชุมชน จะเห็นได้ว่าทัศนคติต่อการดื่มสุราของคนไทย ส่วนใหญ่มองเห็นเป็นความปกติ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยไปสู่โลกยุค 4.0 (Technology Disruptive) ซึ่งโลกออนไลน์ทำให้ผู้ชายเข้าถึงผู้ซื้อได้ง่ายขึ้น และเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้สามารถซื้อสุราได้ทุกที่ทุกเวลา โดยการเข้าถึงสุราของคนไทยไม่ได้เกิดจากการซื้อบริโภคเพียงอย่างเดียว เพราะกว่าครึ่งเข้าถึงสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสังคม หรือการได้รับจากผู้อื่นเป็นของขวัญ ของฝาก ดังนั้นจะเห็นว่าสุราจัดเป็นสารเสพติดที่ไม่ผิดกฎหมายสามารถหาซื้อได้ง่ายทั่วไป จึงง่ายต่อการเข้าถึง ส่งผลให้มีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์สูงมากขึ้น

แนวโน้มการดื่มสุราในกลุ่มคนทุกกลุ่มและทุกสังคมของไทย เริ่มขยายวงกว้างมากขึ้น จากรายงานของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (Center for Alcohol Studies, 2022) ชี้ว่า แนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มสุราของประชาชนไทยมีความแตกต่างจากในอดีตที่ผ่านมา โดยจะสังเกตได้ว่าหญิงไทยดื่มสุรามากขึ้นมากกว่าในอดีต แต่ตัวเลขยังน้อยกว่านักดื่มเพศชายอยู่ ซึ่งจากตัวเลขในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ประชากรชาย 12.77 ล้านคน (ร้อยละ 46.44) เป็นนักดื่มปัจจุบัน สำหรับประชากรหญิง มีเพียง 3.20 ล้านคน (ร้อยละ 10.83) เท่านั้นที่เป็นนักดื่มปัจจุบัน และตัวเลขในปีเดียวกันพบว่า ประชากรไทยที่ไม่ดื่มสุรามีมากกว่าผู้ที่ดื่ม และพบว่า นักดื่มหน้าใหม่หรือประชากรที่เพิ่งเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรกในชีวิตภายใน 3 ปี ก่อนการสำรวจ ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 1,381,449 คน คิดเป็นร้อยละ 5.93 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นนักดื่มหน้าใหม่ที่มีอายุปัจจุบันในช่วง 15-19 ปี ซึ่งเป็นอายุก่อนเกณฑ์ที่จะซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ตามกฎหมายจำนวน 425,400 คน คิดเป็นร้อยละ 30.79 ของนักดื่มหน้าใหม่ทั้งหมด กลุ่มอายุ 20-24 ปี จำนวน 736,624 คน หรือร้อยละ 53.32 ของนักดื่มหน้าใหม่ทั้งหมด และนักดื่มหน้าใหม่ที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 15.88 อยู่ในกลุ่มอายุ 25 ปีขึ้นไป ซึ่งนักดื่มเหล่านี้อาจเลิกดื่ม หรือกลายเป็นนักดื่มประจำ นักดื่มหนัก หรือนักดื่มแบบที่เสพติดได้ในอนาคต



การดื่มสุราในสังคมไทย ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวโยงกับความรุนแรงในครอบครัว การทะเลาะวิวาท ปัญหา ก่อให้เกิดอาชญากรรมต่าง ๆ ปัญหาอุบัติเหตุ การสูญเสียทรัพยากรบุคคลและสูญเสียทางเศรษฐกิจของสังคมไทย โดยรวม โดยประชาชนไทย 2.75 ล้านคน ดื่มสุราหรือมีพฤติกรรมดื่มแบบอันตราย อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อตัว มากมาย เช่น 1 ใน 4 หรือ ร้อยละ 24.6 เคยถูกคุกคามทางเพศ และถูกทำร้ายร่างกายจากคนที่ดื่มสุรา ซึ่งความ สูญเสียมากที่สุดคือการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทุกปีมีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ มากกว่า 20,000 ราย โดยร้อยละ 60 จะมีระดับแอลกอฮอล์ในร่างกายเกินกว่ากฎหมายกำหนด (National Statistical Office of Thailand, 2022)

จากปัญหาดังกล่าว ภาครัฐและเอกชนได้มีการกำหนดมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมการขายสุราและจำกัด อายุของนักดื่ม และสถานที่ในการดื่ม รวมทั้งมีการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสุรา การสร้างเสริม สุขภาพของประชาชนให้ตระหนักถึงพิษภัยของสุรา ถึงแม้หน่วยงานต่าง ๆ จะพยายามรณรงค์เกี่ยวกับการไม่ดื่ม สุรา การกระตุ้นให้งดดื่มสุราในช่วงเทศกาลต่าง ๆ เช่น การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา การให้เหล้าเท่ากับแข่ง ในเทศกาลปีใหม่ เมาไม่ขับกลับไม่ถึงบ้านในเทศกาลสงกรานต์ อีกทั้งมีการตั้งด่านตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ ในกระแสเลือดของผู้ขับขี่ยานพาหนะในช่วงเทศกาลต่าง ๆ หรือการใช้มาตรการภาษีสรรพสามิตสุรา เพื่อลด ปริมาณการบริโภคสุรา จากงานวิจัยของ ศรัณยู รักสงฆ์ และคณะ (Raksong et al., 2017) พบว่า สามารถช่วย ลดการบริโภคสุราได้จริง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถจัดปัญหาการดื่มสุราของคนไทยไปได้

การรณรงค์สื่อสารมวลชน

ปัจจุบัน เรียกได้ว่าเป็นยุคแข่งขันทางเศรษฐกิจ มีเสรีทางการค้าและช่องทางโฆษณามากมาย ซึ่งในธุรกิจ สุราก็มีหลากหลายช่องทางในการเข้าถึงผู้บริโภคมากขึ้นเรื่อย ๆ สืบเนื่องจากรัฐบาลเปิดโอกาสให้เอกชนเข้ามา มีบทบาทในธุรกิจสุรา และเกิดการแข่งขันของผู้ประกอบการธุรกิจสุรา จะเห็นได้ว่าในยุคปัจจุบันมีการนำเข้า ของสุราจากต่างประเทศมาก และยังมีที่ตั้งโรงงานผลิตสุราอย่างถูกกฎหมาย ส่งผลทำให้บริษัทผู้ผลิตสุราและ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดต่าง ๆ จึงหันมาแข่งขันปรับปรุงผลิตภัณฑ์ของตนให้เป็นที่ต้องการของกลุ่มเป้าหมาย มากขึ้น ทำให้สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลากหลายชนิดแพร่หลายเข้ามาในกลุ่มของคนวัยทำงาน นักเรียน นักศึกษา วัยรุ่น และกลุ่มผู้หญิงมากขึ้น อีกทั้งเรื่องของการรับวัฒนธรรมของหลายประเทศที่นิยมดื่มสุราเข้ามา ในประเทศไทย เช่น ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ รัสเซีย เยอรมัน อังกฤษ ซึ่งจะเห็นว่านอกจากจะเปิดรับนวัตกรรมเทคโนโลยี ใหม่ ๆ เข้ามาสู่ประเทศไทยแล้ว สิ่งที่มาพร้อมกับเทคโนโลยีคือวัฒนธรรมการดื่มสุรา จะเห็นได้ว่าสังคมไทยนั้น เสพสื่อแล้วถูกทำให้เชื่อและมีทัศนคติคล้อยตามได้ง่าย (Sathapitanon, 2008)

จากการศึกษาข้อมูลด้านทัศนคติ หรือความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการดื่มสุราพบว่า แม้ว่าผู้คนจะ ทราบและเข้าใจถึงโทษและผลกระทบของการดื่มสุราอย่างดี แต่ปัจจัยด้านรูปแบบ รสชาติที่หลากหลายนั้นมีผล ต่อการเลือกดื่มเครื่องดื่มของเด็กและเยาวชนที่เป็นผู้ดื่มรายใหม่ จะเห็นว่าการตลาดรูปแบบใหม่และอินเทอร์เน็ต มีส่วนสำคัญอย่างมาก หรือเห็นว่าบุคคลที่เป็นพรีเซนเตอร์หรือคนที่ดื่ม คือ คนที่ชื่นชอบทำให้อยากดื่มตามไปด้วย นอกจากนี้เครื่องดื่มเหล่านั้นยังเข้าถึงได้ง่าย ราคาไม่แพงอีกด้วย (Promsit, 2021) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า สื่อสังคมออนไลน์ (social media) ถูกใช้เป็นเครื่องมือขับเคลื่อนทางสังคมมากมายอีกด้วย (Tsoy, 2021) จะเห็น ได้ว่าสื่อจากสังคมออนไลน์ (social media) มีผลอย่างมากต่อผู้คนส่วนใหญ่ในสังคม

การเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement) และการรณรงค์ (Campaign) มีพัฒนาการและ เปลี่ยนแปลงพัฒนาไปตามยุคสมัย สำหรับปัจจุบัน เป็นยุคที่เทคโนโลยีการสื่อสารได้เข้ามามีบทบาท ในชีวิตประจำวันอย่างมากและได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบจากพื้นที่จริงสู่พื้นที่ออนไลน์ เนื่องจากการสื่อสารยุคใหม่ ไม่ถูกจำกัดในเรื่องของพื้นที่และเวลา ดังนั้น พื้นที่สาธารณะ (Public Space) ผ่านทางออนไลน์ จึงได้รับความนิยม ในการรณรงค์ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (social media) จะทำให้ผู้คนรับรู้



ถึงความเสี่ยงที่มากกว่าสื่ออื่น ๆ และตระหนักถึงอันตรายได้มากขึ้นอีกด้วย (Ng et al., 2018)

การรณรงค์สื่อสารสาธารณะในเรื่องของการปลูกฝังค่านิยมใหม่ ปรับทัศนคติที่มีต่อสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใหม่ สำหรับในรายใหม่ที่ยังไม่เคยดื่ม เพื่อเพิ่มโอกาสในการไม่ดื่มและช่วยรายเก่าที่ดื่มอย่างต่อเนื่องให้สามารถ ลด ละ เลิกดื่ม ให้ได้ การรณรงค์สื่อสารสาธารณะจะต้องมีกลยุทธ์ที่สำคัญในการขับเคลื่อนการรณรงค์ให้ประสบความสำเร็จ คือ 1) กลยุทธ์การใช้สื่อกระแสหลัก (Mass Media Strategy) เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ โดยการประสานกับนักข่าว เพื่อให้ช่วยในการนำเสนอประเด็นให้เกิดเป็นกระแสขึ้นในสังคม 2) กลยุทธ์การใช้วิถีคิดค้นเพื่อส่งผลต่อภาพลักษณ์และชื่อเสียง (Image Strategy) ของเป้าหมาย โดยการเน้นที่อันตรายผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม 3) กลยุทธ์การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Strategy) โดยต้องระบุว่าการรณรงค์นี้ส่งถึงทุกคนในสังคมที่มีสิทธิ์ตัดสินใจในการดื่มหรือไม่ดื่ม 4) กลยุทธ์การใช้สื่อออฟไลน์ (Offline Media Strategy) การจัดกิจกรรมพิเศษกับผู้ร่วมสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ (Chaichuy & Satararuji, 2016)

การรณรงค์สื่อสารสาธารณะจะต้องพัฒนาทักษะการสื่อสาร คือ ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจธรรมชาติ และพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการรณรงค์ ด้านทักษะการผลิตสื่อโดยควรพัฒนาให้สั้น กระชับ น่าสนใจ และเข้าถึงความรู้สึกริณีคิดของกลุ่มเป้าหมาย ด้านทักษะการสื่อสารการสร้างปฏิสัมพันธ์ผ่านสื่อสังคมสาธารณะ จากนั้นจะต้องใช้วิธีสื่อสารเพื่อการรณรงค์ ดังนี้ 1) สร้างกลุ่มองค์กรหรือแกนนำช่วยรณรงค์และต้องดำเนินการต่อเนื่อง 2) มีขั้นตอนการรณรงค์ที่เหมาะสมกับเวลาดึงดูดใจให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ตลอด 3) ใช้สื่อเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นการรณรงค์สื่อสารสาธารณะเพื่อการโน้มน้าวใจให้ปรับเจตคติต่อการดื่มสุราของคนไทยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐ เอกชน และสื่อมวลชนเป็นสำคัญถึงจะประสบผลได้

การปรับเจตคติเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา

เจตคติเกี่ยวกับการดื่มสุราของสังคมไทยที่ต้องปรับก่อน คือ เจตคติ หรือความคิดที่ว่า การดื่มสุราเป็นเรื่องปกติของสังคม ก่อนอื่นต้องทำความเข้าใจก่อนว่า เจตคติมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบเชิงความรู้สึกและอารมณ์ (Affective Component) องค์ประกอบเชิงปัญญาหรือการรู้คิด (Cognitive Component) และองค์ประกอบเชิงพฤติกรรม (Behavioral Component) และกระบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ตามแนวคิดของ เคลแมน (Kelman, 1967) มี 3 ประการ คือ 1) การยินยอม (Compliance) 2) การเลียนแบบ (Identification) ซึ่งจะเปลี่ยนไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และ 3) ความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน (Internalization) ดังนั้น วิธีการหนึ่งในการปรับเปลี่ยนเจตคติ คือ จะต้องสร้างชุดความคิดใหม่ในสังคมไทย โดยการนำร่องที่รัฐบาลหรือกลุ่มคนที่สำคัญในชาติที่จะต้องทำให้ดูเป็นแบบอย่าง ซึ่งจะเหมือนการกลับไปใช้วัฒนธรรมไทยดั้งเดิม เข้ามามีส่วนในการสร้างเทศกาลปลอดสุราในสังคม จะเห็นได้ว่า เมื่อเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเปลี่ยนแปลงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเสนอแนวทางสำหรับการสร้างหรือปรับเจตคติใหม่เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังนี้

1. มีการจัดหลักสูตรการเรียนการสอน ทั้งแบบในระบบและนอกระบบการศึกษา คือ จัดหลักสูตรสร้างเสริมทักษะชีวิตให้มุ่งเน้นเนื้อหาที่เกี่ยวกับโทษและผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุรา ตั้งแต่เด็กเริ่มเข้าสู่ชั้นอนุบาล โดยการให้เรียนรู้และปลูกฝังค่านิยมและทัศนคติเชิงลบต่อสุรา และจัดเป็นชั่วโมงแห่งการเข้าใจเรียนรู้โทษและพิษภัยของยาเสพติดต่าง ๆ และอาจเน้นเฉพาะลงไปที่สิ่งเสพติดขั้นพื้นฐานที่เด็กพบเจออยู่ได้บ่อย ๆ คือ สุรา และบุหรี่ ซึ่งเป็นประตูไปสู่สิ่งเสพติดชนิดอื่น ๆ หลักสูตรควรเน้นให้เด็กเห็นตัวอย่างว่าสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งไม่ดี ก่อให้เกิดโทษต่อตนเอง ครอบครัว และเกิดปัญหาต่อสังคม จะทำให้เกิดการปลูกฝังบุคลิกภาพในช่วงวัยต้นของชีวิต ให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการดื่มสุรา และเพิ่มโอกาสในการไม่ดื่มสุราเมื่อเติบโตขึ้นลดโอกาสการเป็นนักดื่มหน้าใหม่



2. การจัดหลักสูตรต่อเนื่องในชั้นประถมศึกษา-มัธยมศึกษา โดยในชั้นนี้ตามหลักทฤษฎีพัฒนาการของ อิริคสัน (Erikson, 1959) เป็นช่วงที่เด็กมีอายุ 6-12 ปี เด็กจะพัฒนาการทางด้านความคิดและสังคมจะสนใจในสิ่งต่าง ๆ ในช่วงวัยนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทฤษฎีพัฒนาการของ เพียเจต์ (Piaget, 1964) กล่าวว่า เด็กวัยนี้จะอยู่ในโรงเรียนเป็นสำคัญ ดังนั้นการปลูกฝังทัศนคติและแบบอย่าง อายุ 7-11 ปี เด็กจะมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและความคิดของเด็กวัยนี้สามารถสร้างกฎเกณฑ์ และตั้งกฎเกณฑ์ ดังนั้นในหลักสูตรที่ควรเสริมสำหรับเด็กในช่วงประถมศึกษา จึงควรเป็นการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมสิ่งดีงาม โดยในหลักสูตรนี้อาจมีการใช้ชั่วโมงเสริมนอกห้องเรียน โดยให้ผู้ที่มีความรู้และความเข้าใจในการสั่งสอนหลักธรรมและวิถีปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับเยาวชน ซึ่งเนื้อหาสาระอาจต้องให้ผู้นำทางศาสนาในแต่ละศาสนา เป็นผู้ถ่ายทอดและปลูกฝังค่านิยมทางศีลธรรมให้กับเด็กและที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ การสร้างความเข้าใจในกฎหมายและกฎเกณฑ์ของสังคมที่ถูกต้องและเหมาะสม ให้เด็กมีความคิดเชิงวิเคราะห์ อีกทั้งต้องสอนควบคู่ไปกับการสร้างตัวอย่างให้เห็นจริง จะส่งผลให้เด็กได้เรียนรู้และสามารถปฏิบัติตามตัวอย่างได้ และเพิ่มโอกาสในการไม่ดื่มสุราเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น เมื่อเกิดการเรียนรู้จากตัวอย่างของสิ่งที่ดีและไม่ดีจากประสบการณ์จริง จะทำให้เด็กในวัยนี้เลือกปฏิบัติ และยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพในอนาคต

3. การจัดหลักสูตรการต่อยอดในระดับมัธยมศึกษา เพื่อจะให้ความสำคัญกับการจัดการทักษะชีวิตในเรื่องของการหลีกเลี่ยงยาเสพติดและการไม่ดื่มสุรา ซึ่งช่วงนี้เด็กวัยรุ่นต้องการหาความเป็นเอกลักษณ์และการเป็นที่ยอมรับในสังคม ดังนั้น หลักสูตรที่ควรจัดให้มีการต่อยอดในการรวมกลุ่มสร้างสรรค์และบูรณาการ โดยให้สอดคล้องกับเทคโนโลยี เน้นการรณรงค์สร้างกลุ่มพลังคนรุ่นใหม่ที่เกิดกิจกรรมต่าง ๆ ให้เป็นกิจกรรมให้สังคมขจัดปัญหาที่เกิดจากสุรา ทั้งในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษา

4. การจัดหลักสูตรให้เรียนเป็นวิชาเลือกเสรีในระดับอุดมศึกษา สำหรับการสังเคราะห์องค์ความรู้หาแนวทางในปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหาสุราและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ในหลักสูตรขั้นนี้ จะสามารถคัดกรองเยาวชนที่เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่กำลังจะเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญของประเทศชาติ ให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสุรา เพื่อเป็นกำลังช่วยป้องกันปัญหาสังคมต่าง ๆ ที่เกิดจากการดื่มสุราได้

5. การรณรงค์สื่อสารขณะพลิกมุมมองการดื่มสุรากับการเข้าสังคม ให้นักดื่มประจำหรือนักดื่มรายเก่า โดยให้ความรู้และข้อมูลให้นักดื่มสามารถแบ่งประเภทของตนเองได้ว่า แบบไหนที่จะเรียกว่า ดื่มหนัก ดื่มอันตราย และติดสุรา จากนั้นสร้างความตระหนักถึงโทษที่จะเกิดกับตนเองและครอบครัว ซึ่งการรณรงค์จะต้องทำอย่างต่อเนื่อง เน้นที่อารมณ์ความรู้สึกของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเมื่อเกิดอารมณ์เชิงลบจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติใหม่ต่อการดื่มสุรา

6. สนับสนุนให้จำกัดสถานที่จำหน่าย จำกัดช่วงอายุ จำกัดช่วงเวลาจำหน่าย การจำกัดวิธีการขายและห้ามส่งเสริมการขาย การควบคุมการโฆษณา การจำกัดการดื่มอยู่ในพื้นที่ที่เหมาะสม จำกัดการเข้าถึงโดยง่ายและเพิ่มพื้นที่ปลอดภัยต่อสังคมโดยรวม

7. ภาครัฐควรเพิ่มนโยบายเข้มงวดกับการตรวจที่บรรจุภัณฑ์ โดยให้มีการระบุข้อความคำเตือนบนฉลากเป็นการเพิ่มความรู้สร้างความตระหนัก และช่วยให้เกิดการประเมินถึงอันตราย และความเสี่ยงเรื่องสุขภาพของผู้ดื่ม อีกทั้งควรเข้มงวดกับใบอนุญาตที่สามารถขายสุราได้

8. ควบคุมการโฆษณาแบบกิจกรรมเพื่อสังคม (Corporate Social Responsibility: CSR) เพื่อสร้างภาพพจน์ในตราสินค้าหรือองค์กร โดยมีการประมวลภาพถ่ายในกิจกรรมนำเสนอผ่านช่องทางสื่อออนไลน์

9. สร้างค่านิยมที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพที่ชัดเจน โดยต้องอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐ เอกชนและสื่อมวลชน ต้องจัดสรรบุคคลที่กำลังเป็นที่นิยมของคนในสังคม (Influencer) หรือผู้มีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมายให้เข้ามาพูดถึงการไม่ดื่มสุราดีอย่างไร อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อีกทั้งต้องมีการสร้างคำขวัญ สัญลักษณ์ที่บ่งบอกถึงการไม่ดื่ม สร้างค่านิยมที่ต่อต้านการดื่มสุรา



Modifying Attitudes for Reducing Alcohol-drinking Behaviors Among Thai People การปรับเจตคติเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของคนไทย

แม้ว่าการกระทำในข้อที่ 5-9 อาจทำให้รัฐจัดเก็บภาษีสุราได้ลดลง และยังส่งผลกระทบต่อผู้ประกอบการธุรกิจสุรา แต่เมื่อเทียบกับสิ่งที่ประเทศไทยจะได้กลับคืนมา คือ ทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ และการลดปัญหาสังคมต่าง ๆ ที่สืบเนื่องมาจากการดื่มสุรานั้นว่าคุ้มค่ากับการที่จะได้สังคมไทยที่มีความสงบเรียบร้อยและปลอดภัยเป็นดินแดนแห่งวัฒนธรรมอันดีงามให้ลูกหลานไทยต่อไป

สรุป

สถานการณ์ปัญหาการดื่มสุราของคนในสังคมไทย เป็นปัญหาที่มีมาอย่างยาวนาน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง และรวมไปถึงการก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้แต่ละภาคส่วนได้ให้ความสำคัญสำหรับการหาแนวทางในการหามาตรการในการแก้ไขปัญหานี้อย่างต่อเนื่องมาตลอด จะเห็นได้ว่าผู้ดื่มส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดื่มสุราและเห็นเป็นเรื่องธรรมดาในสังคม ประกอบกับปัจจุบันเป็นยุคที่เทคโนโลยีก้าวหน้าขึ้นทำให้ผู้ชายเข้าถึงผู้ซื้อได้ง่ายขึ้น ดังนั้นเพื่อจัดการปัญหาสุราอย่างเป็นระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น บทความนี้ได้นำเสนอแนวทางในการปรับเจตคติ บุรณาการสู่หลักสูตรการศึกษา การรณรงค์สื่อสารณะเพื่อปลูกฝังค่านิยมในการไม่ดื่มสุราในสังคม ทำให้ประเทศไทยมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ด้านนโยบาย ภาครัฐควรประสานงานกับภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงภาคเอกชนในการร่วมมือกันกำหนดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาการสร้างเจตคติกับพฤติกรรมของบุคคลรูปแบบไปข้างหน้า (Prospective Cohort Study) ในระยะยาว ตั้งแต่เด็กเข้าเรียนจนจบการศึกษา
3. ด้านสังคม ควรเป็นการบูรณาการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน สถาบันการศึกษา และสถาบันครอบครัว โดยควรเพิ่มช่องทางในการสร้างความตระหนักรู้ถึงบทบาทและความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการป้องกันเด็ก เยาวชน จากการเป็นนักดื่มหน้าใหม่

References

- Akhajan, S., Vatanasin, D., & Hengudomsab, P. (2017). Factors associated with intention to alcohol abstinence among persons with relapsed alcohol dependence. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 33*(1), 17-28. (in Thai)
- Center for Alcohol Studies. (2022). *Patterns and trends in alcohol drinking behavior of the Thai population*. <https://cas.or.th/wp-content/uploads/2022/05/FF-chapter-1-For-Print.pdf> (in Thai)
- Chaichuy, P., & Satararujji, K. (2016). Thailand's public issue communication through a communication innovation for campaign, website "Change.org". *Veridian E-Journal, Silpakorn University, 9*(2), 1526-1536. (in Thai)
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. International Universities Press.
- Guerra-Doce, E. (2014). The origins of inebriation: Archaeological evidence of the consumption of fermented beverages and drugs in Prehistoric Eurasia. *Journal of Archaeological Method and Theory, 22*, 751-782. <https://doi.org/10.1007/s10816-014-9205-z>
- Guerra-Doce, E. (2015). Psychoactive substances in prehistoric times: Examining the archaeological evidence, time and mind. *The Journal of Archaeology, Consciousness and Culture, 8*(1), 91-112. <https://doi.org/10.1080/1751696X.2014.993244>



Modifying Attitudes for Reducing Alcohol-drinking Behaviors Among Thai People การปรับเจตคติเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของคนไทย

- Injumba, C., & Wongpimoln, B. (2022). Predictive factors of intention to alcohol avoidance among university students in Roi Et Province. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 15(1), 64-76. (in Thai)
- Kampang, R. (2022). *Synthesis of study results on drinking and driving in Thailand*. Center of Alcohol Studies. <https://cas.or.th> (in Thai)
- Kelman, H. C. (1967). *Attitude Change*. http://www.novabizz.com//NovaAce/Self/Spiritual/Attitude_11.php – 20k-
- Liquor Distillery Organization. (2017). *Alcohol poisoning*. <https://www.liquor.or.th/aic/detail/%E0%B8%9E%E0%B8%B4%E0%B8%A9%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B9%81%E0%B8%AD%E0%B8%A5%E0%B8%81%E0%B8%AD%E0%B8%AE%E0%B8%AD%E0%B8%A5%E0%B9%8C> (in Thai)
- Namlabut, S., & Lamyai, W. (2018). A school-based study on harm to others due to alcohol consumption among youth in Nong Khai Province. *Quality of Life and Law Journal*, 14(2), 94-108. <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/QLLJ/article/view/175630> (in Thai)
- National Statistical Office of Thailand. (2022). *Survey of smoking and alcohol drinking behaviors of the Thai population in 2021*. <https://www.trc.or.th/th/attachments/article/618/%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B9%88%202564.pdf> (in Thai)
- Ng, Y. J., Yang, Z. J., & Vishwanath, A. (2018). To fear or not to fear? Applying the social amplification of risk framework on two environmental health risks in Singapore. *Journal of Risk Research*, 21(12), 1487–1501. <https://doi.org/10.1080/13669877.2017.1313762>
- Piaget, J. (1964). Cognitive development in children: Piaget development and learning. *Journal of Research in Science Teaching*, 2, 176-186. <https://psychscenehub.com/wp-content/uploads/2021/03/Piaget-Cognitive-Development-in-Children.pdf>
- Promsit, S. (2021). *Development of media innovation to prevent alcohol consuming among children using design thinking process*. Center for alcohol studies. Faculty of Management Science, Rajabhat University. (in Thai)
- Raksong, S., Meunthaisong, K., & Srichaikul, B. (2017). Effects of alcohol excise tax on alcohol consumption in Thailand. *University of the Thai Chamber of Commerce Journal Humanities and Social Sciences*, 37(2), 74–88. http://utcc2.utcc.ac.th/utccjournal/372/74_88.pdf (in Thai)
- Saelim, S., Moopayak, K., & Suwonnaroop, N. (2017). Factors related to alcohol drinking behavior of adolescents. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(3), 25-36. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/100346/78117>
- Sareelae, N., & Chadcham, S. (2018). Memory in patients with chronic alcoholism. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(2), 15–21. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/139601> (in Thai)
- Sathapitanon, P. (2008). *Communication of public issues and changes in Thai society*. Department of Public Relations Faculty of Communication Arts, Chulalongkorn University.
-



Modifying Attitudes for Reducing Alcohol-drinking Behaviors Among Thai People การปรับเจตคติเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราของคนไทย

- Tsoy, D. (2021). *Role of social media in shaping public risk perception during COVID-19*.
<https://researchleap.com/role-of-social-media-in-shaping-public-risk-perception-during-covid-19-pandemic-a-theoretical-review/>
- World Health organization. (2022). *Alcohol*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>



Nursing Care for Newborn Infants with Critical Congenital Heart Disease
Undergoing Therapeutic Cardiac Catheterization: A Case Study
การพยาบาลทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต
ที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา: กรณีศึกษา

จิรวัชร์	เกษมสุข*	Chirawachr	Kasemsook*
วราพรรณ	วงศ์จันทร์**	Waraphan	Wongchan**
อังควิภา	ทรัพย์รุ่งเรือง***	Ankavipar	Saprungruang***

Abstract

Critical congenital heart disease is an abnormality of the cardiac structures which poses a high risk of blood circulatory crisis from birth. Urgent cardiac catheterization and/or cardiac surgery are necessary within the first few months of life to improve survival rates while waiting for further surgical correction. However, neonatal cardiac catheterization carries a higher risk of complications and death than for other age groups of children. Pediatric nurses require specific knowledge, skills, and good attention in preparing newborn infants before and after cardiac catheterization. During post-cardiac catheterization, newborn infants need close surveillance and evaluation. Implementing the nursing care mentioned above will result in increased efficiency and quality of care for newborns undergoing therapeutic cardiac catheterization.

This article aims to provide knowledge on critical congenital heart disease in newborn infants, therapy and indications for cardiac catheterization, complications that may occur during and after the invasive procedure, and proper nursing care before and after for newborn infants who undergo therapeutic cardiac catheterization, in addition to a case study.

Keywords: Nursing care; Newborn infants; Critical congenital heart disease; Cardiac catheterization

* Registered Nurse, Professional Level, King Chulalongkorn Memorial Hospital Thai Red Cross Society

** Corresponding author, Lecturer, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing;
e-mail: waraphan.w@stin.ac.th

*** Pediatric Cardiologist, King Chulalongkorn Memorial Hospital Thai Red Cross Society

Received 15 February 2024; Revised 23 May 2024; Accepted 21 June 2024



Nursing Care for Newborn Infants with Critical Congenital Heart Disease undergoing Therapeutic Cardiac Catheterization: A Case Study

การพยาบาลทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต
ที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา: กรณีศึกษา

บทคัดย่อ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต เป็นความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตของระบบไหลเวียนโลหิตของทารกตั้งแต่แรกเกิด ทารกจำเป็นต้องได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาโดยเร่งด่วน หรือผ่าตัดหัวใจภายใน 1-2 เดือนแรกหลังเกิด เพื่อให้มีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นระหว่างการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติต่อไป อย่างไรก็ตาม การสวนหัวใจเพื่อรักษาในทารกแรกเกิดนั้นมีความเสี่ยงสูง และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นเสียชีวิตได้มากกว่าวัยอื่น พยาบาลเด็กจำเป็นต้องมีความรู้ที่เฉพาะเจาะจง มีทักษะและความละเอียดรอบคอบ ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนและหลังทำการสวนหัวใจ สำหรับหลังทำการสวนหัวใจ ทารกแรกเกิดต้องการการเฝ้าระวังและประเมินติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด การดูแลดังกล่าวจะเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพของการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตในทารกแรกเกิด การสวนหัวใจเพื่อการรักษา ข้อบ่งชี้ในการสวนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะและภายหลังจากการทำหัตถการ และการพยาบาลทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตทั้งก่อน และหลังได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา และกรณีศึกษา

คำสำคัญ: การพยาบาล ทารกแรกเกิด โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต การสวนหัวใจเพื่อการรักษา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย e-mail: waraphan.w@stin.ac.th

*** กุมารแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วันที่รับบทความ 15 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไขบทความ 23 พฤษภาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 21 มิถุนายน 2567



บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Diseases) เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาในระยะเวลาที่มีการสร้างหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิตไปยังอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผิดปกติ รายงานอุบัติการณ์ของโรคหัวใจแต่กำเนิดพบใกล้เคียงกันทั่วโลก ประมาณ 8-12 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย โดยผู้ป่วย 1 ใน 4 ราย จะเป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดวิกฤต (Critical Congenital Heart Diseases: CCHD) ทั้งกลุ่มโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียวและชนิดไม่เขียว ซึ่งมีอาการแสดงรุนแรงตั้งแต่แรกเกิด โดยอาการและอาการแสดงขึ้นกับชนิดและความรุนแรงของแต่ละโรค ส่งผลให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนด้วยการสวนหัวใจ หรือการผ่าตัดแก้ไขภายใน 1-2 เดือนแรกของชีวิต (Meliota & Vairo, 2023) การสวนหัวใจจึงเป็นหัตถการสำคัญที่นำมาใช้ในการรักษา เพื่อให้ทารกแรกเกิดที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น

การสวนหัวใจเพื่อการรักษา (therapeutic cardiac catheterization) เป็นการตรวจพิเศษที่มีการใส่สายสวนขนาดเล็กเข้าไปในหลอดเลือดแดงและ/หรือดำของทารกแรกเกิด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นหลอดเลือดบริเวณขาหนีบ ผ่านไปตามหลอดเลือดใหญ่จนถึงหลอดเลือดหัวใจ ฉีดสารทึบรังสีและเอกซเรย์เพื่อดูลักษณะโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือด วัดความดัน วัดระดับออกซิเจนในห้องหัวใจ และใส่อุปกรณ์เพื่อการรักษา (Siriraj Piyamaharajkarun Hospital, 2020)

ปัจจุบันความก้าวหน้าของวิทยาการเทคโนโลยีทางการแพทย์ และเทคนิคในการสวนหัวใจทำให้สามารถทำการสวนหัวใจเพื่อการรักษาในทารกแรกเกิดได้ เช่น การใช้ขนาดสายสวนหัวใจและบอลูนที่มีขนาดเล็กลง การพัฒนาอุปกรณ์พิเศษในการอุดรูรั่วผนังห้องหัวใจ มีการใช้หลอดเลือดแดงคอโรติด (Carotid artery) หรือ หลอดเลือดแดงซับเคลเวียน (Subclavian artery) ทดแทนหลอดเลือดแดง/ดำฟีโมรอล (Femoral artery/vein) ในการสวนหัวใจเพิ่มขึ้น (Lahiri et al., 2022) ทำให้สามารถทำหัตถการในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยได้ผลดีและปลอดภัยมากขึ้น และใช้เป็นมาตรฐานการรักษาโรคหัวใจบางโรค เช่น การทำบอลูนขยายลิ้นปัลโมนารี (Percutaneous balloon pulmonary valvuloplasty: PBPV) ในการรักษาทารกแรกเกิดโรคลิ้นหัวใจปัลโมนารีตีบ (Pulmonary stenosis) และ การรักษาโรคหลอดเลือดใหญ่ของหัวใจสลับซ้าย (d-transposition of the great arteries: d-TGA) ด้วยการทำบอลูนเพื่อเปิดผนังหัวใจห้องบน (Balloon atrial septostomy: BAS) เพื่อให้เกิดการผสมกันของเลือดแดงและเลือดดำ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเขียวน้อยลง และช่วยให้ทารกแรกเกิดมีโอกาสรอดชีวิตระหว่างรอคอยการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ ขั้นสูงที่มีความซับซ้อนต่อไป

การสวนหัวใจเพื่อการรักษาบางอย่าง เช่น การปิดหลอดเลือดเกินด้วยอุปกรณ์ (PDA device closure) มีผลสำเร็จใกล้เคียงกับการผ่าตัด และมีข้อดีคือ มีการลุกล้ำต่อร่างกายน้อยกว่า ฟื้นตัวได้เร็วกว่า ไม่ต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (Barry et al., 2022) อย่างไรก็ตามการสวนหัวใจเพื่อการรักษาอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แม้ว่าจะพบไม่บ่อย เช่น ผนังห้องหัวใจทะลุจากสายสวน (Cardiac perforation) การเกิดลิ้นเลือดอุดตันอวัยวะสำคัญ เช่น สมอง หลอดเลือดโคโรนารี และภาวะหยุดหายใจจากการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะสวนหัวใจ เป็นต้น (Meliota & Vairo, 2023) การสวนหัวใจเพื่อการรักษาในทารกที่อายุน้อยกว่า 28 วัน และทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight newborn) จะทำให้เกิดความเสี่ยงสูงกว่าวัยอื่น ๆ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตสูง (Lince-Varela et al., 2021)

พยาบาลทารกแรกเกิดมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การดูแลเตรียมความพร้อมทารกแรกเกิด ผู้ปกครอง และอุปกรณ์จำเป็นที่ต้องใช้ ที่ได้รับการสวนหัวใจทั้งก่อน ขณะ และหลังการทำสวนหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการสวนหัวใจพบว่า ยังค่อนข้างไม่ครอบคลุมถึงกลุ่ม



ทารกแรกเกิด โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดที่ซับซ้อนอาการของโรครุนแรง และมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) ภาวะหายใจช้าหรือไม่เพียงพอ (hypoventilation) และเกิดภาวะหยุดหายใจกระทันหัน (apnea) (Chankhao, 2019; Lertsapcharoen, 2013) ซึ่งเป็นความเสี่ยงอันตรายถึงแก่ชีวิตได้รวดเร็ว จำเป็นต้องเฝ้าระวังและประเมินติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดด้วยความรู้ ความเข้าใจ ใส่ใจ ละเอียดยรอบคอบ และมีทักษะที่ดีตามสมรรถนะของพยาบาลทารกแรกเกิดในการดูแลทารกแรกเกิดทั้งก่อนและหลังได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและมาตรฐานวิชาชีพทางการพยาบาลต่อไป

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต การสวนหัวใจเพื่อการรักษาในทารกแรกเกิด วิธีการและข้อบ่งชี้ของการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และบทบาทพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนและหลังการสวนหัวใจขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และกรณีศึกษาทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เข้ารับการรักษาด้วยการสวนหัวใจต่อไป

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต (Critical Congenital Heart Diseases: CCHD)

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต เป็นความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดที่มีความรุนแรง และส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตร่างกาย อันเป็นสาเหตุให้ทารกแรกเกิดมีโอกาสเสียชีวิตหรือทุพพลภาพได้สูง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามพยาธิสภาพของโรคและการรักษา (Yangthara & Kitsommart, 2022) ดังนี้

1. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตที่สามารถปรับระบบไหลเวียนเลือดให้คงที่ได้ด้วยการให้ Prostaglandin E1 (PGE1) ซึ่งต้องอาศัยการไหลเวียนของเลือดผ่านทาง Patent ductus arteriosus (PDA) เพื่อรักษาสมดุลของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงร่างกาย หรือไปแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอด หรือเพื่อช่วยให้เกิดการผสมกันของเลือดแดงและเลือดดำ โดยระยะนี้หาก PDA มีขนาดเล็กหรือปิด ทารกจะเกิดอาการวิกฤต หรืออันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งทารกที่คลอดครบกำหนด โดยทั่วไป PDA ของทารกแรกเกิดจะปิดภายใน 1-2 วัน ทำให้ทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติของหัวใจที่ต้องอาศัยการคงเปิดของ ductus arteriosus เข้าสู่ภาวะวิกฤตหลังอายุ 24 ชั่วโมง เมื่อ PDA ปิดได้ การให้ยา PGE1 เพื่อคงสภาพการเปิดของ PDA จะช่วยปรับระบบไหลเวียนเลือดอยู่ในภาวะสมดุลต่อไปได้ระยะหนึ่งระหว่างรอการสวนหัวใจเพื่อการรักษา หรือการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งกลุ่มโรคหัวใจดังกล่าว มีดังนี้

1.1 โรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดวิกฤต ที่มีการอุดตันการไหลเวียนเลือดจากหัวใจห้องซ้าย ทำให้เลือดแดงไม่สามารถไหลไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ มีความจำเป็นต้องให้ PGE-1 เพื่อให้ ductus arteriosus ยังคงเปิดอยู่ เพื่อเป็นทางไหลเวียนของเลือดจากหลอดเลือดแดงพัลโมนารีที่ไหลลัดผ่าน PDA เข้าสู่หลอดเลือดเอออร์ตาไปหล่อเลี้ยงร่างกาย (ductal dependent systemic circulation) ได้แก่ 1) Critical aortic stenosis 2) Critical coarctation of aorta 3) Interrupted aortic arch และ 4) Hypoplastic left heart syndrome และโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดวิกฤตที่มีการตีบหรืออุดตันทางไหลเวียนของเลือดดำ จากหัวใจห้องขวาไปแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอด มีความจำเป็นต้องให้ PGE-1 เพื่อให้ ductus arteriosus ยังคงเปิดอยู่เพื่อเป็นทางไหลเวียนของเลือดจากเอออร์ตาผ่าน PDA เข้าสู่หลอดเลือดแดงพัลโมนารีไปแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอด (ductal dependent pulmonary circulation) ได้แก่ 1) Critical pulmonary stenosis 2) Pulmonary atresia with intact ventricular septum 3) Pulmonary atresia with ventricular septal defect 4) Tricuspid atresia with pulmonary atresia และ 5) Ebstein anomaly with pulmonary atresia

1.2 โรคหัวใจแต่กำเนิดที่จำเป็นต้องให้ PGE-1 เพื่อให้ ductus arteriosus ยังคงเปิดอยู่ เพื่อช่วยให้เกิดการผสมกันของเลือดแดงและเลือดดำ (Mixed) เช่น d-TGA ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีความจำเป็นต้องได้รับการสวนหัวใจ



เร่งด่วน เพื่อเปิดทางเชื่อมของผนังหัวใจห้องบน หรือ Balloon atrial septostomy เพื่อช่วยให้การผสมกันของเลือดแดงและเลือดดำดียิ่งขึ้น

2. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตที่ต้องประคับประคองระบบไหลเวียนเลือดด้วยหัตถการสวนหัวใจ เครื่องพองการทำงานของหัวใจ หรือการผ่าตัดหัวใจโดยเร่งด่วน (Interventional CCHD) ซึ่งทารกในกลุ่มโรคนี้จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤตของระบบไหลเวียนตั้งแต่แรกเกิด อาจไม่ตอบสนองต่อการให้ PGE1 หรือการให้ PGE1 อาจทำให้ทารกมีอาการแย่ง การประคับประคองระบบการไหลเวียนเลือดให้อยู่ในภาวะสมดุลต้องอาศัยหัตถการสวนหัวใจ การผ่าตัด หรือเครื่องพองการทำงานของหัวใจและปอด ได้แก่ 1) Hypoplastic left heart syndrome ที่มี Patent foramen ovale (PFO) หรือ ASD ขนาดเล็ก 2) Dextro-transposition of great arteries 3) Total anomalous pulmonary venous return with obstruction 4) Critical congenital heart disease ที่กระทบต่อพัฒนาการของปอดหรือหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะวิกฤตของระบบหายใจตั้งแต่แรกเกิด เช่น Tetralogy of Fallot (TOF) ชนิดที่ไม่มีลิ้นปัลโมนารี (TOF absent pulmonary valve syndrome) และ 5) ความผิดปกติของการบีบตัว หรือจังหวะการเต้นของหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย หรือทารกบวมตั้งแต่ในครรภ์ เช่น Congenital cardiomyopathy เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต สามารถแบ่งตามพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษาได้เป็น 2 กลุ่ม สำหรับในบทความนี้จะกล่าวถึงโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตที่ต้องประคับประคองระบบไหลเวียนเลือดด้วยหัตถการสวนหัวใจเพื่อการรักษา

การสวนหัวใจเพื่อการรักษา (Therapeutic Cardiac Catheterization)

การสวนหัวใจเพื่อการรักษา เป็นการแก้ไขความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจโดยใส่อุปกรณ์เพื่อการรักษาผ่านทางสายสวนหัวใจ เพื่อช่วยแก้ไขการไหลเวียนของเลือดให้เป็นปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด (Kumar et al., 2014; Lertsapcharoen, 2013) โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การขยายรอยตีบ (Dilation procedure) ได้แก่ การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Balloon angioplasty) ในรายที่มี Pulmonary valve stenosis, Aortic valve stenosis, Coarctation of Aorta การขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูน (Balloon valvuloplasty) และการวางขดลวดบริเวณหลอดเลือด (Stent placement) ในรายที่มี Pulmonary artery stenosis

2. การปิดรูรั่ว (Closure procedure) ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ในการปิดรูรั่วที่ผนังหัวใจผ่านทางสายสวนหัวใจ (Transcatheter device closure of septal defects) ในรายที่มี Atrial septal defect, Ventricular septal defect และ Patent ductus arteriosus การใช้อุปกรณ์ หรือขดลวดในการปิดหลอดเลือด (Transcatheter vascular occlusion) การใช้ขดลวดในการปิดหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงใหญ่ (Coil embolization of aortopulmonary collaterals)

3. การเปิดทางติดต่อระหว่างหัวใจห้องบน (Open atrial communication) ได้แก่ การเปิดผนังกันหัวใจห้องบน โดยการใช้บอลลูน (Balloon atrial septostomy: BAS) ในทารกแรกเกิดที่เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจสลับซ้าย (Dextro-transposition of great arteries: d-TGA) เพื่อให้เลือดดำผสมกับเลือดแดงมากขึ้นระหว่างรอการผ่าตัดสลับเส้นเลือดแดงใหญ่ให้อยู่ในตำแหน่งที่ปกติ (Arterial Switch Operation)

จะเห็นได้ว่า การสวนหัวใจเพื่อการรักษาในทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้นมีหลากหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีวัตถุประสงค์และความยากง่ายในการทำที่แตกต่างกัน อาจขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและข้อบ่งชี้ในการทำสวนหัวใจ



วิธีการและข้อบ่งชี้ของการสวนหัวใจเพื่อการรักษาในทารกแรกเกิด (Technique and Indication Therapeutic Cardiac Catheterization in Newborn infants)

การสวนหัวใจเพื่อการรักษาในทารกแรกเกิด เป็นการแก้ไขความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจผ่านทางสายสวนหัวใจขนาดเล็ก เพื่อช่วยให้ทารกแรกเกิดมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น โดยปัจจุบันมีวิธีการและข้อบ่งชี้ในการสวนหัวใจแต่ละชนิด (Alakhfash, 2020; Lertsapcharoen, 2013; Meliota & Vairo, 2023) แบ่งเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การใช้บอลลูน เพื่อการรักษา ได้แก่

1.1 การเปิดผนังหัวใจห้องบน (Balloon atrial septostomy: BAS, Static balloon septoplasty and/or stent implantation) เพื่อให้เลือดดำผสมกับเลือดแดงเพิ่มขึ้น มีอาการเขียวลดลง ซึ่งทำในกลุ่มโรคที่มีช่องทางติดต่อยุ่หว่างหัวใจห้องบนซ้ายและขวามีขนาดจำกัด (restrictive ASD/foramen ovale) ดังนี้ 1) โรค d-Transposition of great arteries 2) โรค Double outlet right ventricle (DORV) with TGA physiology (parallel circulation) 3) โรค Tricuspid atresia 4) โรค Pulmonary atresia with intact ventricular septum with right ventricular dependent coronary circulation 5) โรค Hypoplastic right ventricle และ 6) โรค Hypoplastic left heart syndrome

1.2 การทำบอลลูนขยายลิ้นหัวใจพัลโมนารี (Pulmonary balloon valvuloplasty) ในรายที่มีลิ้น พัลโมนารีตีบรุนแรง (Critical pulmonary valve stenosis, Severe pulmonary stenosis) การทำบอลลูนขยายลิ้นหัวใจเอออร์ติก (Aortic balloon valvuloplasty) ในรายที่มีลิ้นเอออร์ติกตีบรุนแรง (Critical aortic valve stenosis, Severe aortic stenosis)

1.3 การทำบอลลูนขยายลิ้นหัวใจเอออร์ติก (Aortic balloon valvuloplasty) ในรายที่มีลิ้นเอออร์ติกตีบรุนแรง (Critical aortic valve stenosis, Severe AS)

1.4 การทำบอลลูนขยายหลอดเลือดแดงเอออร์ตา (Balloon aortic angioplasty) ในโรค Coarctation of aorta ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการทำผ่าตัด ได้แก่ ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย และทารกมีภาวะ low cardiac output

2. การใส่ขดลวด เพื่อการรักษา ได้แก่

2.1 การใส่ขดลวดขยายหลอดเลือด ductus arteriosus (PDA stent) ทำในกลุ่มโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ต้องอาศัยหลอดเลือด ductus arteriosus เป็นทางส่งเลือดไปพอกที่ปอด (ductal-dependent pulmonary blood flow) ระหว่างรอการผ่าตัดแก้ไข ได้แก่ โรคหลอดเลือดแดงพัลโมนารีตีบที่มีผนังหัวใจห้องล่างปกติ (Pulmonary atresia with intact ventricular septum) หลังทำการสวนหัวใจเปิดลิ้นหัวใจพัลโมนารี (Pulmonary valve perforation) แต่ยังคงพบว่ามีปริมาณเลือดที่ไหลไปปอดไม่เพียงพอ หรือกลุ่มโรคหัวใจแต่กำเนิดที่ต้องอาศัย PDA เป็นทางส่งเลือดไปเลี้ยงร่างกาย (ductal dependent systemic blood flow) ในกรณีที่ทำร่วมกับการผ่าตัดรัดเส้นเลือดปอดซ้ายและขวา (selective pulmonary arterial banding) หรือที่เรียกว่า Hybrid procedure (PDA stent and selective PA banding)

2.2 การใส่ขดลวดบริเวณทางออกจากหัวใจห้องล่างขวา (right ventricle outflow tract stenting) ได้แก่ โรค TOF ที่มีการอุดตันรุนแรงของช่องทางการไหลเวียนของเลือดออกจากหัวใจห้องล่างขวา (severe RVOT obstruction) และโรค TOF type double outlet right ventricle ที่มีหลอดเลือดแดงพัลโมนารีขนาดเล็ก ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงในการทำผ่าตัด เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย เป็นต้น

3. การปิดหลอดเลือด ได้แก่ การปิดหลอดเลือด ductus arteriosus (transcatheter PDA device closure) โรค PDA ในรายที่ให้การรักษาด้วยยาในกลุ่ม NSAIDs แล้วไม่สามารถปิด PDA ได้ หรือในรายที่มีข้อห้ามในการรักษาด้วยยาในกลุ่ม NSAIDs



Nursing Care for Newborn Infants with Critical Congenital Heart Disease undergoing Therapeutic Cardiac Catheterization: A Case Study การพยาบาลทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต ที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา: กรณีศึกษา

4. การเปิดลิ้นหัวใจพัลโมนารี (Pulmonary valve perforation) ในโรคหลอดเลือดแดงพัลโมนารีตีบที่มีผนังหัวใจห้องล่างปกติ (Pulmonary atresia with intact ventricular septum)

จะเห็นได้ว่า การสวนหัวใจเพื่อการรักษาในแต่ละวิธีการอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ดังนั้น ทารกแรกเกิดที่ได้รับการสวนหัวใจจึงควรได้รับการประเมินและการดูแลอย่างใกล้ชิด

ภาวะแทรกซ้อนของการสวนหัวใจเพื่อการรักษาในทารกแรกเกิด

ภาวะแทรกซ้อนมีโอกาสเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนของการสวนหัวใจ เพราะเกี่ยวข้องกับทุกโครงสร้างในระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งในทารกแรกเกิดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าวัยอื่น ทั้งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด ได้แก่ อายุและน้ำหนักตัวของทารก ภาวะความรุนแรงของโรค ความยากง่าย และความซับซ้อนของกระบวนการสวนหัวใจ (Hill et al., 2019; Meliota & Vairo, 2023; The Royal Children's Hospital Melbourne, 2020) โดยภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ มีดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนตำแหน่งที่ใส่สายสวนหัวใจ ได้แก่

1.1 ภาวะเลือดออก (Bleeding) อาจพบได้ทั้งเลือดออกจากแผลที่ใส่สายสวนหัวใจ (Access site bleeding) และภาวะเลือดออกด้านหลังเยื่อช่องท้อง (Retroperitoneal bleeding) ซึ่งเกิดจากเลือดที่ออกจากบริเวณแผลไหลไปรวมกันในช่องด้านหลังเยื่อช่องท้อง เนื่องจากตำแหน่งที่แทงสายสวนหัวใจเป็นหลอดเลือดใหญ่และความยืดหยุ่นของหลอดเลือดทารกแรกเกิดยังไม่สมบูรณ์ จึงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย

1.2 ก้อนเลือดใต้ผิวหนัง (Hematoma) จากการที่มีเลือดออกมาสะสมรอบหลอดเลือดบริเวณที่แทงสายสวนหัวใจ จะมองเห็นเป็นก้อนนูนใต้ผิวหนัง และส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายลดลง

1.3 จ้ำเลือด (Ecchymosis) จากการบอบช้ำของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อบริเวณที่แทงสายสวนหัวใจ

1.4 การติดเชื้อบริเวณแผลที่ใส่สายสวนหัวใจ (Access site wound infection)

1.5 ผนังห้องหัวใจทะลุ (Cardiac perforation) การบาดเจ็บของลิ้นหัวใจไมทรัล (mitral valve injury) และการฉีกขาดของหลอดเลือดอินฟีเรียเวนาคาวา (inferior vena cava laceration) ซึ่งอาจเกิดขึ้นขณะสวนหัวใจ

2. ภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่

2.1 การเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงฟีโมรอล (Femoral artery thrombosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบในทารกมากกว่าวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 7 กิโลกรัม และ/หรือมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดแดงฟีโมรอล (Femoral artery) น้อยกว่า 3 มิลลิเมตร (Bansal et al., 2021; Tadphale et al., 2020)

2.2 ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) จากการสัมผัสกับอุณหภูมิเย็นเป็นเวลานานในห้องสวนหัวใจ เนื่องจากทารกแรกเกิดมีศูนย์ควบคุมความร้อนของสมองส่วนไฮโปทาลามัสยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ จึงต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษโดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม

2.3 หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) เพราะการใส่สายสวนหัวใจอาจกระตุ้นให้เกิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้

2.4 ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury) จากการได้รับสารทึบรังสี และไม่สามารถขับออกจากร่างกายได้

2.5 การเกิดปฏิกิริยาการแพ้ (Allergic reactions) ซึ่งอาจเกิดจากการแพ้สารทึบรังสีหรือยาปฏิชีวนะ ที่ได้รับระหว่างการสวนหัวใจ

2.6 การเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมอง (Arterial ischemic stroke)

2.7 เสียชีวิต อาจพบได้ในทารกแรกเกิดที่มีอาการของโรครุนแรง และหรือ/ขั้นตอนในการสวนหัวใจ ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน



จะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการสวนหัวใจในทารกแรกเกิดนั้น มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งบริเวณตำแหน่งที่แทงสายสวนหัวใจ และในระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันและช่วยเหลือนทารกแรกเกิด

การพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนการสวนหัวใจ

การประเมินอาการ และการวางแผนการพยาบาลที่รวดเร็วและครอบคลุม เป็นทักษะที่สำคัญสำหรับการพยาบาลทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต เนื่องจากทารกแรกเกิดส่วนใหญ่จะอยู่ในภาวะวิกฤตอาการไม่คงที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงต้องมีการประเมินและเตรียมความพร้อมทารกแรกเกิด ผู้ปกครอง เอกสารที่เกี่ยวข้อง และเครื่องมืออุปกรณ์ที่ต้องใช้อย่างครบถ้วนก่อนส่งทารกแรกเกิดไปทำการสวนหัวใจ ดังนี้

การประเมินและการเตรียมความพร้อมของทารกแรกเกิดและผู้ปกครอง

1. ด้านทารกแรกเกิด เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของทารกแรกเกิดที่มีผลต่อการสวนหัวใจ ดังนี้

1.1 การศึกษาประวัติสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ ประวัติการคลอด อายุครรภ์เมื่อแรกเกิด น้ำหนักแรกเกิด อาการแรกเกิดการวินิจฉัยโรค หัตถการที่เคยได้รับ การรักษาที่ได้รับจากโรงพยาบาลต้นสังกัดกรณีส่งตัวมารับการรักษาต่อ ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร แพ้สารที่บ่งสี และประวัติการใช้ยา ซึ่งแพทย์อาจพิจารณาให้ยงดยาที่มีผลต่อการทำสวนหัวใจ ได้แก่ ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Anti-coagulant) ยากลุ่มดิจิตาลิส (Digitalis) และยากลุ่มปิดกั้นเบต้า (Beta blockers)

1.2 การตรวจร่างกาย ได้แก่ ตรวจลักษณะภายนอกทั่วไปตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิกายและควบคุมอุณหภูมิร่างกายทารกแรกเกิดให้อยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส หากพบว่า ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ต้องให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยเครื่อง incubator หรือ radiant warmer เพื่อให้อุณหภูมิร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ ส่วนในรายที่มีไข้ หรือมีอาการและอาการแสดงของภาวะการติดเชื้อต้องรายงานแพทย์ทันที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด โดยการวัดและติดตามค่าอย่างต่อเนื่อง (Continuous oxygen saturation monitoring) และดูแลให้อยู่ในช่วงค่าปกติพื้นฐานของทารกแรกเกิดแต่ละรายตามแผนการรักษา

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ 1) ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count; CBC) เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อ ภาวะซีด และภาวะเลือดข้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียว หากมีค่าฮีโมโกลบิน สูงกว่า 20 กรัม/เดซิลิตร ให้รีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการให้สารน้ำเพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงอุดตันจากการขาดน้ำ (Dehydration induced thrombosis) (Panturut, 2014) 2) ตรวจประสิทธิภาพการทำงานของไตและเกลือแร่ในร่างกาย (Blood Urea Nitrogen; BUN, Creatinine; Cr, Electrolyte) เพื่อประเมินความสามารถของไตในการขับสารที่บ่งสี 3) ตรวจหาภูมิต้านทาน ต่อเชื้อ HIV (Anti- HIV) และ 4) ส่งตรวจกรุปเลือดพร้อมทั้งจองเลือดตามแผนการรักษา เพื่อเตรียมพร้อมใช้ในห้องสวนหัวใจกรณีที่มีเลือดออกมาก และต้องให้เลือดทดแทน

1.4 การตรวจพิเศษ ได้แก่ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-rays) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) และตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจ (echocardiography) เพื่อประเมินความพร้อมก่อนไปทำการสวนหัวใจ

1.5 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยการเช็ดทำความสะอาดทั่วร่างกาย เน้นผิวหนังบริเวณขาหนีบทั้งสองข้างที่จะใส่สายสวนหัวใจ ให้พอกทำความสะอาดด้วยสบู่อ่อนสำหรับเด็ก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

1.6 ดูแลให้ดื่มน้ำและนมอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง ก่อนไปทำการสวนหัวใจ และดูแลให้ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา



1.7 ตรวจสอบใบบันทึกการยินยอมรับทราบข้อมูลการรักษา ใบยินยอมรับการให้ยาระงับความรู้สึก และ ใบยินยอมรับการผ่าตัดการสวนหัวใจว่าได้มีการลงนามแสดงความยินยอม โดยผู้ที่ให้ความยินยอมต้องเป็นบิดา มารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมายเท่านั้น พร้อมทั้งมีการลงนามของแพทย์ผู้ให้ข้อมูล และพยาบาลอย่างครบถ้วน

1.8 ตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล พร้อมให้ข้อมูลเรื่องสิทธิการรักษาและค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิ และการขอความอนุเคราะห์ลดหย่อนส่วนเกินสิทธิในกรณีที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

1.9 เตรียมยาตามแผนการรักษาสำหรับไปใช้ในห้องสวนหัวใจ ดังนี้ 1) ยาระงับความรู้สึก (Sedative drugs) ได้แก่ Midazolam และ Fentanyl และ 2) ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ (Prophylaxis antibiotic) ได้แก่ Cefamezin

1.10 เตรียมอุปกรณ์สำคัญที่จำเป็นต้องใช้ภายหลังการสวนหัวใจ ได้แก่ ไม้ตามขาขนาดที่เหมาะสมกับทารกแรกเกิด เพื่อใช้ตามขาข้างที่ทำการสวนหัวใจให้เหยียดตรง และผ้าห่อตัว หมวก ถุงเท้า ผ้าห่ม เพื่อรักษาอุณหภูมิร่างกายทารกแรกเกิดขณะเคลื่อนย้ายกลับจากห้องสวนหัวใจ

1.11 เตรียมเครื่องช่วยหายใจพร้อมกล่องใส่อุปกรณ์ช่วยชีวิต (Transfer box) และ Air Mask Bag Unit (AMBU) โดยในทารกแรกเกิดที่ได้รับการสวนหัวใจที่มีความเสี่ยงสูง แพทย์จะใส่ท่อช่วยหายใจก่อนส่งไปห้องสวนหัวใจ เพื่อเตรียมความพร้อมกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน จากการได้รับยาระงับความรู้สึก ได้แก่ ภาวะการหายใจช้าหรือไม่เพียงพอ และภาวะหยุดหายใจ หรือมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการสวนหัวใจ

2. ด้านผู้ปกครอง เป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาล เพื่อประเมินความรู้และความพร้อมของผู้ปกครอง เนื่องจากผู้ปกครองของทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตที่เข้ารับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ส่วนใหญ่จะไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลเด็กที่เข้ารับการสวนหัวใจมาก่อน อาจมีความวิตกกังวลกับสิ่งที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น การให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองเป็นรายบุคคลด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย เชื่อถือได้ และชัดเจนเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาของแพทย์ วัตถุประสงค์ของการสวนหัวใจเพื่อการรักษา ประโยชน์ ขั้นตอนปฏิบัติก่อนและหลังการสวนหัวใจ ระยะเวลาโดยประมาณในการสวนหัวใจ ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้น และสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิด เช่น มีบาดแผลที่ขาหนีบปิดก๊อสด้วยพลาสติกเหนียว และตามขาข้างที่ทำไว้อย่างน้อย 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เป็นต้น รวมทั้งการให้เวลาในการซักถามอย่างเข้าใจ ใส่ใจ กระตุ้นให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อเสนออย่างเปิดเผยเป็นกันเอง เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองรู้สึกผ่อนคลายจิตใจ และจากการศึกษาพบว่า การสอนรายบุคคลเป็นการสอนที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Aguiar et al., 2016)

การเตรียมความพร้อมทารกแรกเกิดและอุปกรณ์ ก่อนส่งไปทำการสวนหัวใจ มีดังนี้

1. การเตรียมทารกแรกเกิด

1.1 วัดสัญญาณชีพ วัดค่าความอิมตัวของออกซิเจน ตรวจสอบชีพจรหลังเท้าทั้งสองข้างบริเวณ dorsalis pedis artery และทำเครื่องหมายกำกับบริเวณที่คลำได้ชัดเจนมากที่สุด เพื่อไว้เปรียบเทียบกับหลังการสวนหัวใจ (Wongchan, 2023)

1.2 ตรวจสอบป้ายชื่อมือให้ถูกต้อง โดยการระบุตัวด้วย 2 identification คือ ชื่อ นามสกุล และเลขที่โรงพยาบาล (Hospital number) ของทารกแรกเกิด

1.3 ดูหลอดดิสก์แปลกปลอม เช่น สายสัญญาณ อุปกรณ์ที่เป็นโลหะ เป็นต้น

1.4 ดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้เรียบร้อย

1.5 ดูแลให้ได้รับยาระงับความรู้สึก (Sedative drug) เช่น Chloral hydrate ตามแผนการรักษา

1.6 ดูแลห่อตัวเพื่อให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย กรณีที่เป็นทารกแรกเกิดก่อนกำหนด และมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ให้เคลื่อนย้ายโดยใช้ตุ๋มเด็ก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ทั้งต้องมีแพทย์



และพยาบาลร่วมดูแลสังเกตเฝ้าระวังสัญญาณชีพ และค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของทารกแรกเกิดอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ทันเวลาที่

2. การเตรียมอุปกรณ์

2.1 ตรวจสอบความเรียบร้อยของแฟ้มข้อมูล ประวัติการรักษา ใบบันทึกยินยอมรับทราบข้อมูล การรักษาใบยินยอมรับการให้ยาระงับความรู้สึก และใบยินยอมทำหัตถการที่มีการลงนามครบถ้วนแล้ว

2.2 ตรวจสอบการทำงานของเครื่องควบคุมอัตราการไหลของยาและสารละลายทางหลอดเลือดดำให้ถูกต้องตรงตามแผนการรักษา

2.3 ตรวจสอบอุปกรณ์ที่ต้องนำไปใช้ภายหลังการสวนหัวใจ ได้แก่ ไม้ตามขาขนาดที่เหมาะสมกับทารกแรกเกิด ผ้าห่อตัว หมวก ถุงเท้า และผ้าห่ม

2.4 ตรวจสอบเครื่องช่วยหายใจพร้อมกล่องใส่อุปกรณ์ช่วยชีวิต (Transfer box) และ Air Mask Bag Unit (AMBU) ให้พร้อมใช้

การพยาบาลทารกแรกเกิดภายหลังการสวนหัวใจ

การพยาบาลภายหลังการสวนหัวใจมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การดูแลให้ทารกแรกเกิดปลอดภัย ตั้งแต่การประเมิน การเฝ้าระวังความเสี่ยง การค้นหาความผิดปกติ เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และสามารถให้การดูแลแก้ไขปัญหาได้ทันเวลาที่ การเตรียมความพร้อมของพยาบาล มีดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมก่อนรับทารกแรกเกิดกลับจากการสวนหัวใจ เพื่อให้การดูแลที่ต่อเนื่องและปลอดภัยโดยการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 ชนิดของหัตถการที่ทำ และผลการสวนหัวใจว่าประสบความสำเร็จหรือไม่ เพื่อการติดตามต่อเนื่อง

1.2 ตำแหน่งของหลอดเลือดที่ใส่สายสวนหัวใจ ได้แก่ Right/Left femoral artery/vein, Subclavian artery หรือ Umbilical artery เนื่องจากเป็นเส้นเลือดใหญ่ และอวัยวะสำคัญที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับปัจจัยการแข็งตัวของเลือดในทารกแรกเกิดยังทำงานไม่สมบูรณ์ ทำให้มีการแข็งตัวของเลือดช้า (Chankhao, 2019) จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก หรือก้อนเลือดใต้ผิวหนังได้ง่ายกว่า

1.3 ปริมาณการสูญเสียเลือด (Estimated blood loss) เพื่อประเมินภาวะซีด และภาวะเสี่ยงพร่องออกซิเจน

1.4 ความชัดเจนและความแรงของชีพจรหลังเข้าข้างที่แทงสายสวนหัวใจ เพื่อประเมินการไหลเวียนอวัยวะส่วนปลาย

1.5 ภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงหรือเกิดขึ้นขณะทำการสวนหัวใจ เพื่อการเฝ้าระวังและติดตามต่อเนื่อง

1.6 ขนาดยา ปริมาณยา และเวลาที่ได้รับการรับความรู้สึก เพื่อประเมินอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้

1.7 สารละลายทางหลอดเลือดดำและยาที่ได้รับทั้งหมด เพื่อให้การดูแลและติดตามที่ต่อเนื่อง

1.8 การประเมินระดับความรู้สึกตัว ระบบการหายใจ สัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อุณหภูมิกายของทารกแรกเกิด และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนออกจากห้องสวนหัวใจ เพื่อให้ทารกแรกเกิดปลอดภัยระหว่างการเคลื่อนย้าย

2. การเตรียมความพร้อมสำหรับการเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดจากห้องสวนหัวใจ ดังนี้

2.1 ทารกแรกเกิดที่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือมีอาการไม่คงที่ หรือมีอาการวิกฤต ต้องมีแพทย์และพยาบาลไปรับทารกแรกเกิดที่ห้องสวนหัวใจ เพื่อให้ปลอดภัยระหว่างการเคลื่อนย้ายกลับหอผู้ป่วย

2.2 จัดเตรียมและตรวจสอบอุปกรณ์ที่จำเป็นพร้อมใช้ ได้แก่ Transport ventilator, Transport incubator, AMBU, Transport vital signs monitoring, Infusion pump, Syringe pump, กล่องใส่เวชภัณฑ์ และยาช่วยชีวิต เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างการเคลื่อนย้าย



3. การเตรียมความพร้อมสถานที่และอุปกรณ์การแพทย์ ดังนี้

ภายหลังการสวนหัวใจเพื่อการรักษาทารกแรกเกิดจะได้รับการดูแลต่อเนื่อง เพื่อติดตามอาการอย่างใกล้ชิด อุปกรณ์การแพทย์ที่หอผู้ป่วยต้องจัดเตรียมให้พร้อมใช้ ดังนี้

3.1 เครื่องให้ความอบอุ่นร่างกาย กรณีผู้ป่วยทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หรือทารกที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ จะใช้เครื่องให้ความอบอุ่นโดยการแผ่รังสี (radiant warmer) เพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้สะดวก โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องให้การพยาบาลหลายอย่างพร้อมกัน เช่น การกู้ชีพ (Resuscitation) การทำหัตถการใส่ท่อระบายในโพรงเยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น และเมื่อทารกมีอาการคงที่ควรย้ายทารกเข้าไว้ในตู้อบ (Infant incubator) เพื่อป้องกันการสูญเสียน้ำทางผิวหนังในผู้ป่วยทารกแรกเกิดโดยการระเหย (Evaporation) จากการนอนใต้เครื่องให้ความอบอุ่นโดยการแผ่รังสี (Jirapaet & Jirapaet, 2022)

3.2 เครื่องช่วยหายใจ และอุปกรณ์สำหรับให้ออกซิเจนชนิดต่างๆ ได้แก่ Non-invasive ventilator, O₂HHHFNC, O₂ Low flow เป็นต้น

3.3 เครื่องและชุดอุปกรณ์ดูดเสมหะขนาดที่เหมาะสมกับทารกแรกเกิดแบบใช้แล้วทิ้ง (disposable)

3.4 อุปกรณ์สำหรับวัดและติดตามสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

3.5 อุปกรณ์การแพทย์ เวชภัณฑ์ และยาสำหรับการกู้ชีพทารกแรกเกิด (CPR cart)

3.6 เครื่อง Doppler ultrasound สำหรับตรวจสอบชีพจร Dorsalis pedis artery ให้ได้ค่าการประเมินที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น เพื่อประเมินภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดที่ใส่สายสวนหัวใจ (Critchfield, 2023)

4. การประเมินอาการแรกรับและการดูแลเฝ้าระวังติดตามอาการต่อเนื่อง ดังนี้

4.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Consciousness) ระดับความง่วงซึม (Sedation score, SS) สัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง และต่อเนื่องจนกว่าอาการจะคงที่ จากนั้นทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการไหลเวียนโลหิตและการทำงานของหัวใจ

4.2 ประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่อเนื่อง โดยสังเกตทั้งอัตราการเต้น จังหวะ และรูปแบบของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

4.3 ประเมินการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก ลักษณะการหายใจ และอัตราการหายใจ โดยสังเกตอัตราและรูปแบบการหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจน และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เพื่อประเมินและเฝ้าระวังการหายใจถูกกดจากผลของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับระหว่างการสวนหัวใจ

4.4 ดูแลระบบหายใจ และให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา โดยในระยะแรกทารกแรกเกิดจะหายใจผ่านท่อช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ ต้องดูแลระวังไม่ให้เกิดการเลื่อนหลุด และให้การดูแลทารกแรกเกิดตามมาตรฐานการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันภาวะ Ventilator associated pneumonia (VAP) จากนั้นภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคงที่แพทย์จะปรับเปลี่ยนเป็น Non-invasive ventilator ทาง Nasal mask, O₂HHHFNC, O₂ low flow และทารกแรกเกิดหายใจด้วยตนเองทั้งหมด

4.5 สังเกตและเฝ้าระวังลักษณะแผล โดยการประเมินทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาทีต่อเนื่อง จนครบ 6 ชั่วโมง เพราะส่วนใหญ่ในทารกแรกเกิดแพทย์จะเย็บแผลบริเวณใส่สายสวนหัวใจไว้ 1 stitch ปิดด้วยผ้าก๊อสนาและทับด้วย tensoplast elastic adhesive bandage ช่วยเพิ่มแรงกดบริเวณแผล เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อบริเวณแผลที่ทำการสวนหัวใจ

4.6 ดูแลให้นอนพักบนเตียงและจำกัดการเคลื่อนไหว โดยใช้อุปกรณ์ตามขาข้างที่ทำสวนหัวใจไม่ให้บริเวณขาหนีบพับงออย่างน้อย 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออก หรือมีก้อนเลือดใต้ผิวหนังบริเวณแผล



4.7 ประเมินชีพจรหลังเท้า (Dorsalis pedis) ข้างที่ใส่สายสวนหัวใจในตำแหน่งที่ทำเครื่องหมายไว้ก่อนส่งสวนหัวใจ เปรียบเทียบความแรงของชีพจรก่อนและหลังการสวนหัวใจ ร่วมกับการสังเกตสีผิวและประเมินอุณหภูมิของเท้า หากพบว่าชีพจรยังคงเบาหรือคลำไม่ได้ เท้าเย็น ซีด การรับรู้ความรู้สึกสัมผัสลดลง หรือ Capillary refill time นานมากกว่า 3 วินาที ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง แสดงว่าอาจมีการอุดตันของหลอดเลือดแดงฟีโมรอล (Femoral artery thrombosis) หากยังคงคลำชีพจรหลังเท้าไม่ได้ควรใช้ Doppler ultrasound ร่วมด้วยเพื่อประเมินการอุดตัน และหากมีอาการปลายเท้าบวมแดง มีอาการปวดเพิ่มขึ้น หรือ Capillary refill time นานกว่าปกติซึ่งเกิดจากการมีเลือดคั่งบริเวณเนื้อเยื่อปลายเท้า แสดงว่าอาจมีการอุดตันของหลอดเลือดดำฟีโมรอล (Femoral venous thrombosis) (The Royal Children's Hospital Melbourne, 2020)

4.8 ประเมินความปวด โดยใช้เครื่องมือ Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) และจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยา เช่น Fentanyl และ Paracetamol ตามแผนการรักษา และแบบไม่ใช้ยา เช่น การห่อตัว และการจัดท่า (swaddling and positioning) การดูดจุกนม (non-nutritive sucking) การกระตุ้นประสาทสัมผัส (sensory stimulation) ด้วยการมองและพูดคุยกับทารกแรกเกิดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวลไปพร้อมกับการลูบสัมผัสหรือนวดเบา ๆ บริเวณใบหน้า หรือแผ่นหลัง เป็นต้น (Thai Association for the Study of Pain, 2018)

4.9 ประเมินอาการปวดท้อง หลัง และขาหนีบ ด้านเดียวกับตำแหน่งที่ใส่สายสวนหัวใจ และภาวะเหงื่อออกมาก (Diaphoresis) ร่วมกับสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ได้แก่ หัวใจเต้นช้าหรือเร็วกว่าปกติ ความดันโลหิตต่ำ ผลต่างของความดันช่วง systolic และ diastolic มากกว่าปกติ (wide pulse pressure) เพื่อประเมินภาวะเลือดออกด้านหลังเยื่อช่องท้อง (Retroperitoneal bleeding)

4.10 สังเกตอาการแพ้สารที่บรังสี เช่น มีผื่นขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ระบบหัวใจ และหายใจล้มเหลว เป็นต้น (Chiu & Chu, 2022)

4.11 สังเกตสีของปัสสาวะ หากพบว่าปัสสาวะมีสีแดงจาง (Hematuria) อาจแสดงถึงภาวะเม็ดเลือดแดงแตก (hemolysis) ซึ่งเกิดจากการไหลของเลือดผ่านรอยรั่วที่คงเหลืออยู่ของหลอดเลือด (Residual shunt) ภายหลังจากการทำหัตถการสวนหัวใจเพื่ออุดรูรั่ว หรือปิดผนังกันห้องหัวใจ หากพบให้รายงานแพทย์ทันที

4.12 ดูแลให้ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อส่งเสริมการขับสารที่บรังสี ออกจากร่างกาย ซึ่งเป็นพิษต่อไต และอาจทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน โดยการบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกอย่างเคร่งครัด เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไต หากพบว่า มีปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr ติดต่อกันมากกว่า 6 ชั่วโมง อาจแสดงถึงภาวะไตวายเฉียบพลัน (Suwanbundit, 2022)

4.13 ดูแลให้ได้รับยา heparin 10 units/kg/hr ทางหลอดเลือดดำต่อเนื่อง 24-48 ชั่วโมง (Prophylaxis anticoagulation) ภายหลังจากการสวนหัวใจเพื่อการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดที่ใส่สายสวนหัวใจ (Femoral thrombosis) (Bansal et al., 2021; Brooks, 2018)

4.14 ดูแลให้ได้รับนม เมื่อทารกแรกเกิดมีสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยจะเริ่มให้นมในปริมาณน้อยทางสายให้อาหารทางปาก หรือทางจุก และหากรับได้ดีจะเพิ่มปริมาณตามแผนการรักษาและหยุดให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ

4.15 ในวันรุ่งขึ้นภายหลังการสวนหัวใจ 1 วัน แพทย์จะเปิดทำความสะอาดแผลและทำการตัดไหม และปิดแผลด้วยพลาสติกใสกันน้ำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผล และสามารถประเมินลักษณะแผลได้ชัดเจน โดยให้สังเกตอาการบวม การมีสิ่งคัดหลั่งซึมออกจากแผลบริเวณที่ใส่สายสวนหัวใจ และประเมินภาวะไข้ร่วมด้วย หากมีไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส แพทย์อาจพิจารณาเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ และให้ยาปฏิชีวนะ



จากที่กล่าวมา ทารกแรกเกิดโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักมีความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจหลายตำแหน่ง ซึ่งในแต่ละรายมีอาการแสดงและความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน การสวนหัวใจเพื่อการรักษาครั้งแรก แพทย์จะแก้ไขความผิดปกติของหัวใจและ/หรือระบบไหลเวียนที่มีผลกระทบต่อชีวิต เพื่อให้ทารกแรกเกิดผ่านภาวะวิกฤต หลังจากนั้นจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาความผิดปกติที่จำเป็นต้องทำ ถัดไป เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านได้อย่างปลอดภัย และมีการนัดตรวจติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติทั้งหมด

ตัวอย่างกรณีศึกษา

ทารกแรกเกิดครบกำหนด เพศหญิง อายุ 4 วัน เป็นบุตรคนที่ 2 น้ำหนัก 3,030 กรัม ส่วนสูง 50 เซนติเมตร APGAR Score 9, 10 มีอาการเขียว SpO₂ 79 % ได้รับ O₂ Box 10 LPM ค่า SpO₂ อยู่ในช่วง 82-85% รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง

วันแรกที่โรงพยาบาล/หอผู้ป่วย ทารกแรกเกิดตื่นดี สัญญาณชีพ BT 37°C, HR 150 bpm., RR 55 bpm., BP 71/35 mmHg. หายใจเร็วบางช่วง ไม่มี Retraction, SpO₂ 86-88%, NPO, On 10%D/N/5 IV rate 10 ml/hr, on PGE-1 IV. rate 0.002-0.006 mcg/Kg/min

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ Hb 16.3 gm%, Hct 47.6%, WBC 10,770 k/ul, Platelets 329,000 cell/mm³, BUN <3 mg/dl, Cr 0.46 mg/dl, Na 142 mmol/L, K 3.7 mmol/L, Cl 109 mmol/L, HCO₃ 27 mmol/L, CXR: Decreased Pulmonary Blood flow, ECG: Abnormal ECG
Echo: single atrium, common AV valve, Large VSD with PA, PDA with TAPVR

คำสั่งก่อนไปทำการสวนหัวใจ NPO after 02.00 น., on 10%D/N/5 IV rate 10 ml/hr หลัง NPO, หยุดให้ยา PGE-1 at 06.00น., ให้รับประทานยา chloralhydrate 1.5 ml 30 นาที ก่อนส่งทำการสวนหัวใจ เพื่อใส่ขดลวดบริเวณหลอดเลือด PDA (PDA stent)

แรกรับที่หอผู้ป่วยภายหลังการสวนหัวใจ: ทารกหลับ ใบหน้าและริมฝีปากซีด ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ มีแผลที่ขาหนีบขวาเย็บไว้ 1 stitch ปิดทับด้วยก๊อสนา ปลายเท้าเย็น คลำชีพจรหลังเท้าได้เบา เท้าขวาสีม่วงอมแดง, BT 36.4 °C, HR 128 bpm., RR 50 bpm., BP 59/32 mmHg., SpO₂ 92%, Hb 13.6 gm%, Hct 38.8 %

การรักษาที่ให้ start Heparin 750 unit in 5%D/W up to 25 ml. IV rate 1 ml/hr.ครบ 48 hr., Cefazolin 50 mg IV stat then q 8 hr.ครบ 24 hr, LPRC 30 ml. IV drip in 4 hr.

ยากลับบ้านที่ได้รับ Aspirin (81mg) ¼ tab ผสมน้ำ 5 ml.ให้รับประทาน 3 ml. OD pc เข้า, Lanoxin Elixir (0.05 mg/ml) 0.3 ml. oral BID pc at 06.00 น. และ 18.00 น., MTV drop 0.5 ml. oral OD pc เข้า, Ferdek (15 mg/0.6 ml) 0.3 ml. oral OD pc เข้า, Furosemide syrup (2 mg/ml) 1.5 ml. oral BID pc เข้า-เย็น

ผู้ปกครอง หญิงไทย อายุ 30 ปี มีบุตร 2 คน ไม่มีโรคประจำตัว อาชีพอิสระ (ธุรกิจส่วนตัว) สิ้นน้ำวิตกกังวล สอบถามบ่อยครั้งเกี่ยวกับอาการและการดูแลทารกแรกเกิด ไม่เคยดูแลทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมาก่อน และบุตรต้องเข้ารับการสวนหัวใจครั้งแรก



ข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลตัวอย่างกรณีศึกษาก่อนทำการสวนหัวใจ หลังทำการสวนหัวใจ และการวางแผนจำหน่าย ดังนี้

ก่อนทำการสวนหัวใจ

ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ส่งผลให้มีเลือดไปพอกที่ปอดน้อย และมีเลือดที่มีค่าออกซิเจนต่ำไปเลี้ยงร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

- วินิจฉัยเป็นโรค single atrium, common AV valve, Large VSD with PA, PDA with TAPVR
- CXR: Decreased Pulmonary Blood flow
- อัตราการหายใจ 46-55 ครั้ง/นาที มีหายใจเร็วบางช่วง
- SpO₂ 88%

เกณฑ์การประเมินผล

- SpO₂ มากกว่า 80% (ตามแผนการรักษาของแพทย์)
- อัตราการหายใจ 30-53 ครั้ง/นาที และความดันโลหิตซิสโตลิก 60-84 mmHg.
- ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจเร็ว ปีกจมูกบาน หน้าอกบวม หัวใจเต้นเร็ว เหนื่อย กระสับกระส่าย สีผิวซีดหรือเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำปอดขยายตัวเต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ และสามารถสังเกตการหายใจของทารกแรกเกิดได้ง่ายและชัดเจน
2. ท่อตัวทารกหรือห่มผ้าให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สงบ และสุขสบาย อุ้มสัมผัสสลับรอบโยนให้ทารกผ่อนคลายและพักผ่อนได้ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย
3. ดูแลช่องปากและลำคอโดยยึดหลัก aseptic technic เพื่อดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง
4. วัดและประเมินสัญญาณชีพ และความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดอย่างต่อเนื่อง บันทึกค่าทุก 1 ชั่วโมง
5. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจเร็ว ปีกจมูกบาน หน้าอกบวมริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าเขียว ค่าความอึดตัวของออกซิเจนต่ำ หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น
6. ดูแลให้ได้รับยา Prostaglandin E1 (PGE-1) ตามแผนการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือด PDA ให้เลือดไปพอกที่ปอดเพิ่มขึ้น โดยต้องเฝ้าระวังและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ มีไข้ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะหยุดหายใจ เป็นต้น หากมีอาการเปลี่ยนแปลงให้รีบรายงานแพทย์ เพื่อให้ทารกแรกเกิดปลอดภัย

การประเมินผล

ค่าความอึดตัวของออกซิเจน มากกว่า 80% สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน

ข้อที่ 2 ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดก่อนและหลังทำการสวนหัวใจ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ปกครองสีหน้าวิตกกังวล สอบถามบ่อยครั้งเกี่ยวกับอาการและการดูแลทารกแรกเกิด และพูดว่า “ไม่เคยดูแลทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อทำการสวนหัวใจมาก่อน”
- บุตรเข้ารับการสวนหัวใจแรก



Nursing Care for Newborn Infants with Critical Congenital Heart Disease undergoing Therapeutic Cardiac Catheterization: A Case Study

การพยาบาลทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต ที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา: กรณีศึกษา

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ปกครองมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล หน้าตาแจ่มใสมากขึ้น
- ผู้ปกครองสามารถตอบคำถามได้ เมื่อถามคำถามย้อนกลับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ปกครอง และให้การพยาบาลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร อ่อนโยน พร้อมให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความไว้วางใจ
2. ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องการดูแลทารกแรกเกิดก่อนและหลังทำการสวนหัวใจ โดยใช้สื่อวีดิโอเรื่องการสวนหัวใจในเด็กที่มีภาพและเสียงอธิบายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ปกครองรู้สึกผ่อนคลายและสามารถรับข้อมูลได้ดี
3. เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถามอย่างเข้าใจ และใส่ใจ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปกครองระบายความรู้สึกและสอบถามข้อมูลที่ต้องการทราบ
4. เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองพูดคุยกับผู้ปกครองรายอื่น เพื่อเรียนรู้แลกเปลี่ยนจากประสบการณ์ เป็นการสร้างความรู้สึกทางบวกต่อการทำการสวนหัวใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับการสวนหัวใจในโรงพยาบาล

การประเมินผล

ผู้ปกครองมีสีหน้าผ่อนคลายแจ่มใส กล่าวพูดคุยสอบถามข้อมูลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร และสามารถตอบคำถาม ได้ถูกต้องเมื่อถามคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการสวนหัวใจ

ภายหลังการสวนหัวใจ

ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงฟีโมรอล (Femoral artery thrombosis)

ข้อมูลสนับสนุน

- ทารกแรกเกิด อายุ 4 วัน น้ำหนัก 3,030 กรัม
- ซีพจรหลังเท้าขวาเบา คลำได้ไม่ชัดเจน
- อุณหภูมิปลายเท้าเย็น และผิวสีม่วงอมแดง
- Capillary refill time 3 วินาที

เกณฑ์การประเมิน

- คลำซีพจรหลังเท้าได้ชัดเจน ทั้ง 2 ข้าง
- อุณหภูมิหลังอุ่นเท่ากัน ทั้ง 2 ข้าง
- เท้าทั้ง 2 ข้างมีสีผิวไม่ซีด และไม่มีสีม่วงอมแดง
- Capillary refill ไม่เกิน 3 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบซีพจรหลังเท้า (Dorsalis pedis) ความแรงของซีพจรส่วนปลาย และประเมินอุณหภูมิปลายเท้า, Capillary refill time สังเกตสีผิวบริเวณ ของเท้า 2 ข้าง เปรียบเทียบกัน และเปรียบเทียบกับก่อนสวนหัวใจ เพื่อประเมินการไหลเวียนโลหิตที่อวัยวะส่วนปลาย หากคลำซีพจรหลังเท้าไม่ได้ Capillary refill > 3 วินาที เท้ามีสีซีด หรือม่วงคล้ำ รายงานแพทย์ทันที
2. ดูแลให้ได้รับ 10%D/N/5 IV rate 10 ml/hr และ Heparin 750 unit in 5% D/W up to 25 ml. rate 1 ml./hr. (10 unit/kg/hr.) IV 48 hr. เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตและป้องกันลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด
3. เฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงของยา Heparin โดยเฉพาะบริเวณแผลที่ใส่สายสวนหัวใจ เพื่อป้องกันภาวะเลือดออก



Nursing Care for Newborn Infants with Critical Congenital Heart Disease undergoing Therapeutic Cardiac Catheterization: A Case Study

การพยาบาลทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต ที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา: กรณีศึกษา

4. นอนพักบนเตียงและเหยียดขาข้างที่ทำสวนหัวใจให้ตรงเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกบริเวณที่แทงสายสวนหัวใจ

การประเมินผล

ทารกแรกเกิดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดแดงพีโมรอล โดยการคลำอุณหภูมিপลายเท้าอุ่นเท่ากันทั้ง 2 ข้าง คลำชีพจรบริเวณปลายเท้าได้ชัดเจนทั้ง 2 ข้าง สีผิวไม่ซีด ไม่มีสีม่วงอมแดง และ capillary refill ไม่เกิน 3 วินาที

ข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการสูญเสียเลือดหลังจากการทำสวนหัวใจ

ข้อมูลสนับสนุน

- Post-op cardiac catheterization day 0
- ใบหน้าและริมฝีปากซีด
- Hct 38.8 %
- BT 36.4 °C, HR 128 ครั้ง/นาที, RR 50 ครั้ง/นาที, BP 59/32 mmHg., SpO₂ 92%
- แผลที่ใส่สายสวนหัวใจเย็บ 1 stitch ปิดทับด้วยก๊อสนา มีเลือดออกซึมที่ก๊อสประมาณ 2 ml.
- หายใจ On ETT with Ventilator setting PC/AC iP 8 PEEP 5 Tidal Volume 0.4 RR 40 FiO₂ 0.2-0.3 (day 0)

เกณฑ์การประเมิน

- SpO₂ มากกว่า 80% (ตามแผนการรักษาของแพทย์)
- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 36.5-37.4 °C อัตราการเต้นของหัวใจ 90-160 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30-50 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตซิสโตลิก 60-84 mmHg.
- Hct 44-64 %
- ไม่มีเลือดออกจากแผลที่ใส่สายสวนหัวใจเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ออกซิเจนทางเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา โดยเฝ้าระวังไม่ให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และให้การดูแลตามมาตรฐานการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันภาวะ Ventilator associated pneumonia (VAP) (Klompas et al., 2022)

2. ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้เครื่องให้ความอบอุ่นด้วยการแผ่รังสี (Radiant warmer) เพื่อลดการใช้ออกซิเจนและป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

3. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ความอึดตัวของออกซิเจน และคลื่นไฟฟ้าหัวใจแรกรับและ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ โดยใช้เครื่องวัดและติดตามค่าแบบต่อเนื่อง (Bedside Monitor) เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ ภาวะพร่องออกซิเจน และติดตามการเปลี่ยนแปลง

4. ดูแลให้ได้รับ LPRC 30 ml. IV drip in 4 hr. เพื่อทดแทนการสูญเสียเลือดจากการสวนหัวใจ และสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับเลือด

5. ดูแลตามขาข้างที่ใส่สายสวนหัวใจให้เหยียดตรง ห้ามงอขา อย่างน้อย 6 ชั่วโมง เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวบริเวณบาดแผลและป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกจากแผล

6. ประเมินและสังเกตภาวะเลือดออกจากแผลทุกครั้งที่มีประเมินสัญญาณชีพ เพื่อประเมินภาวะเลือดออก

7. ระวังทารกแรกเกิดให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย



การประเมินผล

ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน มากกว่า 80% ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน
สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะเลือดออกบริเวณแผลที่ใส่สายสวนหัวใจ

การวางแผนจำหน่าย

ข้อที่ 5 เตรียมความพร้อมผู้ปกครองในการดูแลต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่าย

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ปกครองสีหน้าวิตกกังวล ซักถามบ่อยเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย และการดูแลทารกแรกเกิดเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน
- ผู้ปกครองไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลทารกแรกเกิดโรคหัวใจแต่กำเนิดมาก่อน

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลทารกแรกเกิดเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง
- สามารถตอบคำถามได้เมื่อพยาบาลให้ข้อมูลย้อนกลับ
- ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นมิตรโดยการสังเกตและสอบถาม เพื่อประเมินความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลทารกแรกเกิด
2. ประเมินความต้องการในการวางแผนการจำหน่าย โดยการให้ความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอในการดูแลทารกแรกเกิดที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมและคลายความวิตกกังวล
3. ประเมินความสามารถผู้ปกครองในการดูแลทำความสะอาดร่างกายและการดูแลแผล ให้อาบน้ำได้ปกติ เพราะบริเวณแผลปิดพลาสติกใสกันเปียกน้ำไว้แล้ว เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
4. ประเมินและแนะนำผู้ปกครองเรื่องการให้รับประทานยาตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ส่วนยาแอสไพรินต้องให้หลังมื้ออาหารทันที เพื่อป้องกันอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้
5. แนะนำเรื่องการพาทารกแรกเกิดมาตรวจตรงตามแพทย์นัด เพื่อติดตามการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง
6. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของทารกแรกเกิดที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ได้แก่ มีไข้ แผลอักเสบ บวมแดง เหนื่อย หายใจเร็ว ปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้
7. ให้ข้อมูลเรื่องอื่น ๆ อย่างครบถ้วนครอบคลุมในการดูแลทารกแรกเกิดทั้งในด้านโภชนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การให้อาหารอย่างปลอดภัย เช่น ลาน็อกซิน การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจแต่กำเนิด โดยแบ่งข้อมูลและให้ทีละเรื่อง ในช่วงที่ผู้ปกครองมีความพร้อมในการรับฟัง เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และกระตุ้นให้ซักถาม
8. ให้ผู้ปกครองเฝ้าทารกแรกเกิดค้างคืนอย่างน้อย 3 วันก่อนจำหน่าย เพื่อฝึกปฏิบัติในการป้อนนม การอุ้ม การอาบน้ำทารกแรกเกิด การสังเกตอาการผิดปกติ การเตรียมยา การป้อนยาแก่ผู้ป่วย
9. ประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลทารกโดยการสังเกต สอบถาม และให้กลับบ้านเมื่อผู้ปกครองมีความพร้อม

การประเมินผล

ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ เมื่อสอบถามข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง



บทสรุป

การสวนหัวใจเพื่อการรักษาในทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ทารกรอดชีวิตจากภาวะวิกฤตได้ในเวลาที่เหมาะสม ปัจจุบัน การรักษาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความก้าวหน้ามากขึ้น ทั้งจากเทคโนโลยีและวิทยาการสมัยใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาด้วยการสวนหัวใจที่ช่วยให้ทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตรอดชีวิตมากขึ้น ดังนั้น พยาบาลทารกแรกเกิดที่ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ความใส่ใจ ความละเอียดรอบคอบ และมีทักษะทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงเพิ่มขึ้น ทั้งสามารถประยุกต์ใช้ความรู้รอบด้านเพื่อพัฒนาแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมที่ได้มาตรฐานวิชาชีพการดูแลทารกแรกเกิด ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมทารกแรกเกิดและผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนได้รับการสวนหัวใจ และการดูแลภายหลังการสวนหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่อาจเกิดขึ้นได้ทันเวลา เพื่อช่วยให้ทารกแรกเกิดที่เข้ารับการสวนหัวใจมีความปลอดภัย และได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพต่อไป

References

- Alakhfash, A. A., Jelly, A., Almesned, A., Alqwaiee, A., Almutairi, M., Salah, S., Hasan, M., Almuahaya, M., Alnajjar, A., Mofeed, M., & Nasser, B. (2020). Cardiac catheterization interventions in neonates and infants less than three months. *Journal of the Saudi Heart Association*, 32(2), 149-156. <https://doi.org/10.37616/2212-5043.1051>
- Aguiar, B. F., Rinaldi, E. C. A., Cintho, L. M. M., da SilvaMartins, C. L., & Zimmerman, M. H. (2016). Importance of nursing care in cardiac catheterization. *Cienc Cuid Saude*, 15(3), 460-465. <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24894/18382>
- Bansal, N., Misra, A., Forbes, T. J., & Kobayashi, D. (2021). Femoral artery thrombosis after pediatric cardiac catheterization. *Pediatric Cardiology*, 42(4), 753-761. <https://doi.org/10.1007/s00246-020-02537-2>
- Barry, O. M., Bouhout, I., Turner, M. E., Petit, C. J., & Kalfa, D. M. (2022). Transcatheter cardiac interventions in the newborn: JACC focus seminar. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(22), 2270-2283. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.03.374>
- Brooks, T. (2018). *Guidelines for anticoagulation in paediatric cardiac patients*. <https://www.leedsformulary.nhs.uk/docs/PaedCAnticoagulationGuidelines.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Care and treatment for congenital heart defects*. <https://www.heart.org/en/health-topics/congenital-heart-defects/care-and-treatment-for-congenital-heart-defects>
- Chankhao, C. (2019). *Neonatal Nursing* (2nd ed.). Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Chiu, T. M., & Chu, S. Y. (2022). Hypersensitivity reactions to iodinated contrast media. *Biomedicines*, 10(5), 1036. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10051036>
- Critchfield, D., Fleming, G. A., Hill, K. D., & Chamberlain, R. (2023). Routine ultrasound after cardiac catheterization in infants can optimize identification and management of vascular thrombosis. *Journal of the American College of Cardiology*, 81(Suppl. 8), 1602. [https://doi.org/10.1016/S0735-1097\(23\)02046-6](https://doi.org/10.1016/S0735-1097(23)02046-6)



Nursing Care for Newborn Infants with Critical Congenital Heart Disease undergoing Therapeutic Cardiac Catheterization: A Case Study

การพยาบาลทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต
ที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา: กรณีศึกษา

- Hill, K. D., Roark, J., & Fleming, G. A. (2019). Cardiac catheterization laboratory. In R. M. Ungerleider, J. N. Meliones, K. Nelson McMillan, D. S. Cooper, & J. P. Jacobs (Eds.), *Critical Heart Disease in Infants and Children* (3rd ed., pp. 465-479). Elsevier.
- Jirapaet, K., & Jirapaet, V. (2022). *Newborn health assessment* (4th ed.). OS Printing House. (in Thai)
- Kumar, P., Joshi, V. S., & Madhu, P. V. (2014). Diagnostic pediatric cardiac catheterization: Experience of a tertiary care pediatric cardiac centre. *Medical Journal Armed Forces India*, 70(1), 10-16. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2013.01.002>
- Klompas, M., Branson, R., Cawcutt, K., Crist, M., Eichenwald, E. C., Greene, L. R., Lee, G., Maragakis, L. L., Powell, K., Priebe, G. P., Speck, K., Yokoe, D. S., & Berenholtz, S. M. (2022). Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 43(6), 687–713. <https://doi.org/10.1017/ice.2022.88>
- Lahiri, S., Qureshi, A. M., Justino, H., & Mossad, E. B. (2022). Percutaneous common carotid artery access for cardiac interventions in infants does not acutely change cerebral perfusion. *Pediatric Cardiology*, 43, 104-109. <https://doi.org/10.1007/s00246-021-02697-9>
- Lertsapcharoen, P. (2013). Cardiac catheterization. In P. Lertsapcharoen & V. Benjacholamas (Eds.), *Congenital heart diseases* (pp. 89-103). Sukhumvit printing. (in Thai)
- Lince-Varela, R., Restrepo, D., Lince, M., Munoz, D., Vasquez, F., Quijano, J. M., Hincapie, L., Hinestroza, J. F., Velasquez, M., & Bedoya, J. (2021). Complications associated to pediatric cardiac and catheterization congenital heart diseases. *Archivos de Cardiología de México*, 91(4), 422-430. <https://doi.org/10.24875/acm.200003191>
- Meliota, G., & Vairo, U. (2023). Transcatheter interventions for neonates with congenital heart disease: A review. *Diagnostics*, 13(16), 2673. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13162673>
- Panturut, P. (2014). Nursing care for children of undergoing cardiac catheterization. In T. Layanggool (Ed.), *Nursing management for pediatric heart diseases* (pp.147-156). Queen Sirikit National Institute of Child Health. (in Thai)
- Siriraj Piyamaharajkarun Hospital. (2020). *Treatment of congenital heart disease by cardiac catheterization*. <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/congenital-heart-disease> (in Thai)
- Suwanbundit, A. (2022). Contrast selection in order to prevent the contrast induced nephropathy. *Journal of Siriraj Radiology*, 8(2), 53-58 <https://sirirajradiology.com/wp-content/uploads/2023/06/05-contrast-in-sig-1.pdf> (in Thai)
- Tadphale, S., Yohannan, T., Kauffmann, T., Maller, V., Agrawal, V., Lloyd, H., Waller, B. R., & Sathanandam, S. (2020). Accessing femoral arteries less than 3 mm in diameter is associated with increased incidence of loss of pulse following cardiac catheterization in infant. *Pediatric Cardiology*, 41(5), 1058-1066. <https://doi.org/10.1007/s00246-020-02357-4>
- Thai Association for the Study of Pain. (2018). *Clinical guidance for pediatric acute pain management*. Noppachai printing. (in Thai)



Nursing Care for Newborn Infants with Critical Congenital Heart Disease undergoing Therapeutic Cardiac Catheterization: A Case Study

การพยาบาลทารกแรกเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤต
ที่ได้รับการสวนหัวใจเพื่อการรักษา: กรณีศึกษา

The Royal Children's Hospital Melbourne. (2020). Nursing guidelines: Care of the patient post cardiac catheterisation. https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Care_of_the_patient_post_cardiac_catheterisation/

Wongchan, W. (2023). Nursing care for children of undergoing cardiac catheterization: A case study. *Nursing Journal CMU*, 50(3), 255-268. (in Thai)

Yangthara, B., & Kitsommart, R. (2022). Role of neonatologist in critical congenital heart disease. In C. Vijansorn (Ed.), *Critical congenital heart disease in newborn and child* (pp. 107-134). Siriraj Books. (in Thai)



Enhancing the Competency of Utilization Review Nurses Through 21st –
Century Skills: Case Study of Golden Jubilee Medical Center,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
การเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21:
กรณีศึกษา ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

จุฬาลักษณ์ สุขสบาย* Julaluk Suksabai*

Abstract

A Utilization Review Nurse plays an important role in private health insurance services provided by hospitals. The main job description includes six duties: 1) Ethical aspect and law; 2) Nursing and midwifery practice; 3) Professional characteristics; 4) Academics and research; 5) Communication and relationships; and 6) Technology and information. In essence, the quality of *utilization review nurses* is crucial for a hospital's private health insurance service. They must have comprehensive medical knowledge across all fields and various operational skills, as they often collaborate with diverse societal groups, encountering frequent work-related challenges. These challenges may include lack of up-to-date medical knowledge covering all fields, absence of current insurance knowledge, poor communication quality, and complexities in coordinating with insurance company's claim systems, all of which affect nursing efficiency.

This article proposes the adaptation of "New Future Skills: Learning in the 21st Century" from The Partnership for 21st Century Skills, encompassing three aspects: 1) Learning and Innovation Skills; 2) Information, Media, and Technology Skills; and 3) Life and Career Skills. This can enhance the skill set of *utilization review nurses in all six aspects mentioned above: becoming a nursing professional in the 21st century*, equipped with abilities in medical science, nursing knowledge, information literacy, information and communication technology literacy, as well as life and career skills, to effectively care for patients both physically and mentally.

Keywords: Utilization review nurse; Health insurance; The competency of nurses;
The 21st century skills

* Corresponding author, Registered Nurse, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University;
e-mail: Julaluk.ju12@gmail.com

Received 12 April 2024; Revised 19 June 2024; Accepted 21 June 2024



Enhancing the Competency of Utilization Review Nurses Through 21st –
Century Skills: Case Study of Golden Jubilee Medical Center,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
การเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: กรณีศึกษา
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ เป็นผู้ปฏิบัติงานหลักของบริการประกันสุขภาพเอกชนของโรงพยาบาล มีสมรรถนะที่สำคัญ 6 ด้านด้วยกัน คือ 1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) ด้านวิชาการและการวิจัย 5) ด้านการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพ และ 6) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ กล่าวคือ คุณภาพของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ คือ หัวใจสำคัญของการบริการประกันสุขภาพเอกชนของโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ เป็นสายงานพยาบาลที่ต้องมีความรู้ทางการแพทย์ทุกสาขา จำเป็นต้องมีทักษะในการปฏิบัติงานหลายด้าน อีกทั้งยังทำงานร่วมกับบุคคลหลากหลายสังคม ทำให้การปฏิบัติงานมักพบปัญหาในการทำงานอยู่บ่อยครั้ง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ทางการแพทย์ที่ครอบคลุมทุกสาขา และเท่าทันโลกอยู่เสมอ ขาดความรู้ด้านประกัน และไม่มีการปรับความรู้ด้านประกันที่มีอยู่ให้เป็นปัจจุบัน ปัญหาการสื่อสารที่ไม่มีคุณภาพ และปัญหาความซับซ้อนของระบบที่ใช้ในการประสานงานของบริษัทประกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพทางการพยาบาลทั้งสิ้น

บทความนี้ผู้เขียนได้นำ “ทักษะแห่งอนาคตใหม่: การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21” จากเครือข่าย P21 ทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม 2) ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี 3) ทักษะชีวิตและอาชีพ มาเสริมสมรรถนะของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อพัฒนาให้พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ เป็นสายงานพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ที่มีความสามารถทั้งด้านวิชาการทางการแพทย์ ความรู้ทางการพยาบาล ความรอบรู้ด้านสารสนเทศ สื่อและเทคโนโลยี รวมถึงทักษะชีวิตและอาชีพ ให้พร้อมดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ การประกันสุขภาพ สมรรถนะพยาบาล ทักษะศตวรรษที่ 21

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล e-mail: Julaluk.ju12@gmail.com

วันที่รับบทความ 12 เมษายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 19 มิถุนายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 21 มิถุนายน 2567



Enhancing the Competency of Utilization Review Nurses Through 21st –
Century Skills: Case Study of Golden Jubilee Medical Center,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
การเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: กรณีศึกษา
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 ประชาชนไทยมีสิทธิการรักษาที่หลากหลาย เช่น หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง ประกันสังคม รัฐวิสาหกิจ และประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น โดยสิทธิประกันสุขภาพเอกชน เป็นสิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยให้ความสำคัญ ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลรัฐบาลหันมาสนใจสิทธินี้ และเปิดให้ผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพเอกชนเข้าใช้สิทธิเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาลรัฐบาลมากยิ่งขึ้น รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของบริการประกันสุขภาพเอกชนผ่านโรงพยาบาลรัฐซึ่งเห็นได้จาก กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2022) ได้กล่าวในหนังสือขอประชาสัมพันธ์เชิญชวนเข้าร่วมระบบ Insurance Claim (I Claim) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบนี้เพื่ออำนวยความสะดวกเพิ่มสิทธิประโยชน์และเป็นโอกาสในการเพิ่มรายได้จากกลุ่มผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพเอกชนให้แก่โรงพยาบาลรัฐบาล อีกทั้งยังเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนที่มีกรมธรรม์ประกันสุขภาพเอกชนสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐบาลได้โดยไม่ต้องสำรองจ่ายอีกด้วย

พงศธร พอกเพิ่มดี (Pokpermddee, 2023) ได้กล่าวว่า I Claim คือ ระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลกับบริษัทประกันด้วยรูปแบบดิจิทัล ใช้ตรวจสอบสิทธิค่ารักษาพยาบาลกับบริษัทประกัน และติดตามสถานะและผลการเคลมแบบ Realtime ได้ นอกจากระบบ I Claim แล้วการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลยังสามารถทำได้ผ่านระบบที่บริษัทประกันเอกชนเป็นผู้พัฒนาขึ้นเองอีกด้วย เช่น ระบบ Smart Claim ประกันสุขภาพเอไอเอ (AIA Health Insurance, 2023) ระบบ Muang Thai Easy care เมืองไทยประกันชีวิต (Muang Thai Life, 2023) เป็นต้น ซึ่งทุกระบบที่กล่าวมาข้างต้นล้วนเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทประกันสุขภาพเอกชนผ่านโรงพยาบาลหรือระบบบริการ Fax Claim นั่นเอง

ปัจจุบัน โรงพยาบาลรัฐบาลในประเทศไทยได้เปิดบริการ Fax Claim แล้วหลายแห่ง ตามข้อมูลของ บริษัท เอไอเอ จำกัด (AIA, 2023) เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เป็นต้น ซึ่งมีข้อตกลงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและบริษัทประกันในการเปิดบริการ Fax Claim โดยโรงพยาบาลจะต้องจัดให้มีพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ Utilization Review Nurse (UR nurse) อย่างน้อย 1 อัตรา เพื่อเป็นผู้ประสานข้อมูลและดำเนินการขั้นตอนทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลผู้ป่วยและบริษัทประกัน เพื่อให้สามารถให้บริการ Fax Claim ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในแต่ละโรงพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพจะมีบทบาทที่แตกต่างกันได้ขึ้นกับเงื่อนไขความพร้อมในการให้บริการและหน่วยงานสนับสนุน

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหนึ่งในสถานพยาบาลของรัฐที่เปิดบริการประกันสุขภาพเอกชน (Fax claim) เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ โดยมีหน่วยให้บริการหลัก คือ หน่วยประกันสัมพันธ์ (Insurance Unit) ภายใต้สังกัดฝ่ายการพยาบาล ดูแลงานโดย พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ Utilization Review Nurse (UR nurse) ในการให้บริการดูแลผู้ป่วยและญาติ ในบทความนี้ ทางผู้เขียนจึงขอกำลังพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจถึงสมรรถนะและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ ซึ่งล้วนมาจากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติงานของผู้เขียน พร้อมเสนอการใช้ทักษะแห่งอนาคตใหม่เป็นแนวทางในการจัดการปัญหาในการปฏิบัติงานและเพิ่มสมรรถนะทางการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์



สมรรถนะและหน้าที่ของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ

พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ หรือที่รู้จักกันทั่วไปในนาม Utilization Review Nurse (UR nurse) โดย พญาไท (Phyathai, 2024) ได้กล่าวถึงลักษณะงานของ UR nurse ไว้ว่าเป็นพยาบาลผู้ชำนาญการด้านคลินิก บริการ ประสานงาน และที่ปรึกษาให้ฝ่ายแพทย์ พยาบาลและบริษัทประกัน และเป็นผู้นำกระบวนการการ ทบทวนการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ลงปฏิบัติในประเด็นความจำเป็นและความเหมาะสม ที่สอดคล้องกับ เงื่อนไขของบริษัทประกันและมาตรฐานการแพทย์ โดยมีการติดตามอาการและการรักษาเพื่อรายงานและ ประสานงานกับฝ่ายการแพทย์ของบริษัทประกันในกลุ่มผู้ป่วยประกันสุขภาพเอกชนผู้ป่วยใน ซึ่งมีความแตกต่าง จากพยาบาลวิชาชีพสายอื่น ๆ และพยาบาลฝ่ายบริหารการพยาบาลอย่างชัดเจน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารทรัพยากรบุคคล กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2023) ได้กล่าวในบันทึกข้อความส่วนราชการเกี่ยวกับมติของ อ.ก.พ กระทรวงสาธารณสุข ได้มี มติครั้งที่ 5/2565 วันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ให้เพิ่มสายงานพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของบริการประกันสุขภาพในปัจจุบัน ดังนั้น เนื่องจากเป็นสายงานพยาบาลวิชาชีพกลุ่มใหม่ ทำให้ยังไม่มีบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่กล่าวถึงพยาบาล กลุ่มงานประกันสุขภาพโดยตรง ผู้เขียนจึงขอยกบทบาทหน้าที่ในระบบสุขภาพจากการปฏิบัติงานจริงของพยาบาล บริหารทรัพยากรสุขภาพ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจในบทบาทหน้าที่และสมรรถนะพยาบาลของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพในสังกัด โรงพยาบาลของรัฐ

พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มีบทบาทหน้าที่ในระบบสุขภาพ 4 ด้าน หลักด้วยกัน คือ 1) ด้านการทบทวนประเด็นทางการแพทย์ในการขอใช้สิทธิการรักษา เป็นการพิจารณาข้อมูล ด้านโรค หัตถการ ที่แพทย์วางแผนการรักษาให้ผู้ป่วยว่าเป็นไปตามเงื่อนไขหรือข้อยกเว้นทางการแพทย์ของบริษัท ประกันหรือไม่ 2) ด้านการทบทวนการใช้ทรัพยากรสุขภาพและประเมินความคุ้มครองก่อนเข้ารับการรักษา เป็น การประสานข้อมูลทางการแพทย์และค่ารักษาพยาบาลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและบริษัทประกัน เพื่อ พิจารณาในประเด็นความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาประเภทต่าง ๆ 3) ด้านการทบทวนการให้บริการทาง การแพทย์และการใช้ทรัพยากรสุขภาพขณะเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน เป็นการติดตามอาการและการรักษา ของผู้ป่วยในเพื่อทบทวนประเด็นความจำเป็นทางการแพทย์ และ 4) ด้านการดูแลกระบวนการส่งเรียกร้อง ค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล ซึ่งในแต่ละด้านจะสัมพันธ์กับสมรรถนะทางการพยาบาลที่แตกต่างกันไป โดย สภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2018) ได้กล่าวถึงสมรรถนะกลางของผู้ ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับปริญญาตรี) ไว้ทั้งหมด 8 ด้านด้วยกัน จากบทบาทด้าน สุขภาพของพยาบาลบริหารสุขภาพที่จะกล่าวต่อไปนี้จะแสดงให้เห็นถึงสมรรถนะพยาบาลที่สำคัญของพยาบาล บริหารทรัพยากรสุขภาพทั้งหมด 6 ด้านด้วยกัน คือ 1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย 2) ด้านการ ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) ด้านวิชาการและการวิจัย 5) ด้านการ สื่อสารและสัมพันธภาพ และ 6) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ทั้งนี้พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ ศูนย์ การแพทย์กาญจนาภิเษก มีบทบาทหน้าที่ในระบบสุขภาพ 4 ด้านหลัก ดังนี้

1. การทบทวนประเด็นทางการแพทย์ในการขอใช้สิทธิการรักษา

สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (Office of Insurance Commission, 2021) กำหนดให้การให้สิทธิผู้ป่วยในการใช้บริการประกันสุขภาพเอกชนผ่านโรงพยาบาล



มีข้อตกลงร่วมกัน โดยการเข้ารับการรักษาจะต้องไม่อยู่ในช้อยกเว้นในกรณีหรือช้อยกเว้นทั่วไป ตามที่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) กำหนด โดยกรณีช้อยกเว้นประกันภัย จะไม่คุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายใดๆ อันเกิดจากหรือสืบเนื่องจากสาเหตุตามช้อยกเว้นทั่วไป เช่น การป่วยใด ๆ และสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย การตรวจหรือการรักษาที่ไม่เกี่ยวข้องข้อกับโรคที่เป็นสาเหตุของการรับตัวไว้ในโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บหรือการป่วยซึ่งไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์หรือไม่เป็นมาตรฐานทางการแพทย์ การตรวจรักษาที่ไม่ใช่แผนปัจจุบัน การรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยที่ไม่เกี่ยวข้องข้อกับคำวินิจฉัย ภายอุปกรณ์ อุปกรณ์เทียม เป็นต้น

บทบาทของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคและหัตถการที่วางแผนการรักษาร่วมกับข้อมูลประกันสุขภาพเอกชนของผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบในการพิจารณาว่าผู้ป่วยสามารถใช้บริการประกันสุขภาพผ่านโรงพยาบาลได้หรือไม่ เพื่อป้องกันความเสียหายด้านการเงินที่จะเกิดขึ้นกับโรงพยาบาล รวมถึงความวิตกกังวลด้านการเงินและการปฏิเสธการรักษาซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้าได้ โดยสมรรถนะทางการพยาบาลที่จำเป็น คือ

- ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจสิทธิของตนเองและปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิ เช่น การแจ้งสิทธิให้ผู้ป่วยทราบเมื่อแผนการรักษาอยู่ในเงื่อนไขบริการ Fax Claim เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจสิทธิของตนเองและไม่เสียสิทธิที่ตนมี
- ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ที่ใช้ในการเรียนรู้โปรแกรมและระบบในการตรวจสอบสิทธิของบริษัทประกันซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันไปในทุกบริษัทประกัน
- ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ เพื่อให้สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การทบทวนการใช้ทรัพยากรสุขภาพและประเมินความคุ้มครองก่อนเข้ารับการรักษา (Prospective review and Pre-Authorization)

เป็นการประสานข้อมูลทางการแพทย์และค่ารักษาพยาบาลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและบริษัทประกัน เพื่อทบทวนสาเหตุการเข้ารับการรักษา แผนการรักษาและความจำเป็นทางการแพทย์ก่อนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจริงแบบผู้ป่วยในหรือผ่าตัดวันเดียวกลับ

บทบาทของพยาบาลบริหารทรัพยากร เป็นการเตรียมข้อมูลและประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษา วิเคราะห์สาเหตุการวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อใช้ในการประเมินความคุ้มครองการรักษาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้ข้อมูลความคุ้มครองของกรมธรรม์ที่ผู้ป่วยมีจากบริษัทประกัน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษา ช่วยลดความวิตกกังวลและการปฏิเสธการรักษาจากปัญหาด้านการเงินของผู้ป่วยและญาติและยังช่วยลดระยะเวลาการพิจารณาความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เสร็จสิ้นการรักษาอีกด้วย

สำหรับสมรรถนะทางการพยาบาลที่จำเป็น คือ สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย และสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อปกป้องให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิที่ตนพึงได้รับ เช่น ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในและบริษัทประกันพิจารณาความคุ้มครองแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพวิเคราะห์ประวัติผู้ป่วยเห็นว่ามี ความจำเป็นในการรักษาแบบผู้ป่วยในจริง จะทำการเตรียมเอกสารทางการแพทย์ เพื่อแจ้งผลการพิจารณาและแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในแผนการรักษาที่แพทย์วางไว้



3. การทบทวนการให้บริการทางการแพทย์และการใช้ทรัพยากรสุขภาพ ขณะเข้ารับการรักษาตัวเป็น ผู้ป่วยใน (Concurrent review)

เป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพในการติดตามอาการและการรักษาในแต่ละวัน โดยนำกระบวนการทบทวนการใช้ทรัพยากรสุขภาพมาพิจารณาประเด็นความจำเป็นทางการแพทย์ ซึ่งทบทวนในเชิงคุณภาพการรักษา ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาต่าง ๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์และเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เช่น Clinical Guideline แนวทางการรักษาของแพทย์ (CPG) แนวทางการให้การพยาบาล (CNPG) ข้อตกลงปฏิบัติของ PCT โดยสอดคล้องกับเงื่อนไขของบริษัทประกันและจะประสานงานกับฝ่ายการแพทย์ของบริษัทประกันคู่สัญญา แพทย์เจ้าของไข้และผู้ป่วย เพื่อมุ่งเน้นให้มีการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างคุ้มค่า ป้องกันการส่งตรวจที่เกินความจำเป็น มีการสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วย โรงพยาบาลและบริษัทประกัน ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเรื่องค่าใช้จ่าย เพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อโรงพยาบาลและทีมสุขภาพ

ซึ่งกระบวนการนี้ใช้สมรรถนะพยาบาลด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์และด้านวิชาการและการวิจัย โดยการใช้ความรู้ทางการพยาบาลและทางการแพทย์ในการอ่านและสรุปประวัติการรักษาในแต่ละวัน เพื่อติดตามอาการและการรักษาแล้วจึงประสานงานฝ่ายการแพทย์บริษัทประกันเพื่อสื่อสารประเด็นความจำเป็นทางการแพทย์ในการเข้ารับการรักษา ทำให้สมรรถนะสองด้านนี้มีผลต่อปฏิบัติงานในกระบวนการนี้และเป็นอีกหนึ่งส่วนสำคัญต่อคุณภาพของการปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก

4. ดูแลกระบวนการส่งเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล (Fax Claim)

บทบาทของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนด้วยกัน คือ

- การให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย: ให้ข้อมูลบริการประกันสุขภาพทั้งด้านข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับกรมธรรม์ ขั้นตอนการติดต่อใช้สิทธิ ข้อมูลด้านการแพทย์ แผนการรักษา รวมถึงเป็นผู้ให้คำแนะนำ กรณีผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากไม่สามารถเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาลได้ เพื่อลดความวิตกกังวลและการปฏิเสธไม่รับการรักษา เพื่อให้การรักษาสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างราบรื่น มีคุณภาพตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยสมรรถนะที่สำคัญในบทบาทนี้คือสมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ซึ่งใช้ในการให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยตรง

- การประสานงานด้านการแพทย์กับบริษัทประกัน: เป็นการประสานงานด้านข้อมูลทางการแพทย์ โดยการนำส่งประวัติการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาครั้งนี้ รวมถึงการทำงานร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องให้ได้มาซึ่งความคิดเห็นทางการแพทย์เพิ่มเติม กรณีบริษัทประกันจำเป็นต้องใช้ข้อมูลเพิ่มเติมในการพิจารณา โดยพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพต้องพึงระลึกอยู่เสมอถึงขอบเขตข้อมูลที่สามารถมอบให้แก่บริษัทประกันได้ ต้องอยู่ภายใต้สัญญาข้อตกลงระหว่างโรงพยาบาลและบริษัทประกัน โดยจะต้องเป็นข้อมูลจริงและไม่อยู่ภายใต้การเอื้อประโยชน์ต่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ไม่บิดเบือนและเป็นไปตามจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล โดยสมรรถนะที่สำคัญของบทบาทนี้ คือ สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในการอ่าน รวบรวม สรุปข้อมูลประวัติการรักษา และสมรรถนะด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ในการมีบุคลิกภาพเชิงวิชาชีพไม่เอื้อประโยชน์ต่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับประวัติการรักษาของผู้ป่วย

- การตรวจสอบผลการพิจารณาความคุ้มครองให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์ตามสิทธิที่พึงมี: เป็นการทบทวนผลการพิจารณาความคุ้มครองที่บริษัทประกันพิจารณาให้แก่ผู้ป่วยตามกรมธรรม์ที่ผู้ป่วยมี ทั้งในด้านประเด็นทางการแพทย์ที่ ประเด็นข้อยกเว้น และตรวจสอบผลความคุ้มครองให้ถูกต้องตามหมวดการเบิกจ่าย เช่น



ไม่คุ้มครองยาและการตรวจวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่เกิดประเด็นข้อยกเว้น พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพมีหน้าที่ทำการแยกรายการยา การตรวจวินิจฉัย และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดออกจากโรคที่ประกันพิจารณาคุ้มครองตามผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยมี เพื่อรักษาสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับและปฏิบัติตามสัญญาที่ทำไว้กับบริษัทประกัน โดยสมรรถนะที่สำคัญของบทบาทนี้ คือ สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย และสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในการใช้ความรู้ทางการพยาบาล โรค เหตุการณ์ ยา การตรวจวินิจฉัย พิเศษ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ

ปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ

จากบทบาทที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพเป็นสายงานที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง และปฏิบัติงานร่วมกับหลายส่วนงานทั้งบุคลากรทางการแพทย์ สายสนับสนุนภายในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่บริษัทประกันและตัวแทนประกัน อีกทั้งลักษณะงานที่มีความหลากหลาย ละเอียดและซับซ้อน ทำให้การปฏิบัติงานสามารถพบเจอปัญหาได้บ่อยครั้งหากผู้ปฏิบัติงานไม่มีความชำนาญและทักษะในการปฏิบัติงานที่เพียงพอ เนื่องจากพยาบาลประกันสุขภาพเป็นกลุ่มสายงานใหม่ทำให้ยังไม่พบการรายงานปัญหาในการปฏิบัติงาน ผู้เขียนจึงสรุปปัญหาที่พบเจอจากการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพของ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ที่แตกต่างจากสายงานอื่น ดังนี้

1. ขาดความรู้ทางการแพทย์ที่ครอบคลุมทุกสาขาและเท่าทันโลกอยู่เสมอ

พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องติดตามข้อมูลทางการแพทย์ทุกสาขาให้เป็นปัจจุบัน ไม่เฉพาะแต่เพียงสาขาใดสาขาหนึ่งเท่านั้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการให้สิทธิการรักษาแก่ผู้ป่วยเข้าเงื่อนไขข้อยกเว้นต่าง ๆ อีกทั้งยังทำให้ขาดข้อมูลทางการแพทย์ที่เป็นปัจจุบันในการประสานงานร่วมกับทีมแพทย์และสื่อสารข้อมูลทางการแพทย์กับบริษัทประกันแทนผู้ป่วยถึงสาเหตุการเข้ารับการรักษา การเลือกวิธีการรักษา การคะเนระยะเวลานอนโรงพยาบาล และความจำเป็นทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจผิดของผู้ป่วยและเกิดปัญหาบริษัทประกันสงวนสิทธิการใช้บริการครั้งนี้ได้

2. ขาดความรู้ด้านประกันและไม่มี การปรับความรู้ด้านประกันที่มีอยู่ให้เป็นปัจจุบัน

นอกจากองค์ความรู้ด้านการแพทย์ ที่พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพจำเป็นต้องมีอย่างมากและรอบด้านแล้ว อีกสิ่งที่ต้องใช้ประกอบควบคู่กันไปคือความรู้ด้านประกัน ทั้งในส่วนของรูปแบบประเภทกรมธรรม์ หมวดหมู่ ความคุ้มครอง ข้อยกเว้น เงื่อนไขในการใช้สิทธิประกันสุขภาพ และเงื่อนไขในการสงวนสิทธิ รวมไปถึงขอบเขตเวลาบริการ การเข้าใช้ระบบประกันสุขภาพของบริษัทประกัน ล้วนเป็นสิ่งที่ต้องหมั่นเพิ่มพูนความรู้ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ ตัวอย่างความรู้ด้านประกันที่เกี่ยวข้อง เช่น

- รูปแบบกรมธรรม์สัญญาหลักและสัญญาเพิ่มเติม เช่น ประกันชีวิตประเภทสามัญและกลุ่ม สัญญาเพิ่มเติม ค่ารักษาพยาบาลและค่าชดเชยการนอนโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งแต่ละสัญญาจะมีรูปแบบความคุ้มครองที่แตกต่างกัน การขาดความรู้เรื่องเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการให้ข้อมูล การแนะนำความคุ้มครองและการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและทีมบุคลากรทางการแพทย์ได้

- ความรู้เรื่องหมวดหมู่ความคุ้มครองเกี่ยวกับยา เครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์เวชภัณฑ์ ในการแยกค่าใช้จ่ายของการรักษาต่าง ๆ เช่น แยกรายการยาที่ใช้รักษาโรคหรืออาการที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ออกจากค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด การแบ่งหมวดเครื่องมือเวชภัณฑ์ห้องผ่าตัดกับเครื่องมือห้องผ่าตัด การแยกรายการเวชภัณฑ์ 2 กรมการประกันภัย (Office of Insurance Commission, 2004) ที่ไม่คุ้มครองตามเกณฑ์



การเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: กรณีศึกษา
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การวินิจฉัยโรค เป็นต้น เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของผลการพิจารณาค่ารักษาพยาบาลให้ตรงตามหมวดความ
คุ้มครองและสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับ

- ความรู้เรื่องช้อยกเว้นทั่วไป ใช้ในการพิจารณาให้ผู้ป่วยใช้สิทธิ Fax Claim เนื่องจากหากมีการให้สิทธิ
ในกรณีที่ต้องกับช้อยกเว้นจะเกิดปัญหาด้านการเงินและการให้บริการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะต้องวิเคราะห์ให้ได้
ว่าการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในครั้งนี้อยู่ในเงื่อนไขช้อยกเว้นหรือไม่ และแยกรายการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับ
ช้อยกเว้นออกจากส่วนที่ได้รับความคุ้มครองตามเงื่อนไขกรมธรรม์ได้

3. การสื่อสารที่ไม่มีคุณภาพ

พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพต้องปฏิบัติงานกับผู้คนจำนวนมาก ทั้งผู้ป่วยและญาติ บุคลากร
ทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่บริษัทประกัน ตัวแทนประกัน รวมไปถึงหน่วย
บริหารคู่สัญญาโรงพยาบาล ต่างจากพยาบาลสาขาอื่นที่ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร
ทางการแพทย์เท่านั้น ทำให้การสื่อสารเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ดังนั้นการเลือกใช้วิธีสื่อสารกับ
แต่ละกลุ่มย่อมมีความแตกต่างกันไป โดยคำศัพท์ที่ใช้และวิธีการพูดจะมีความจำเพาะไปในแต่ละกลุ่มผู้รับสาร
ดังนี้

- ผู้ป่วยและญาติ เจ้าหน้าที่เวชระเบียน เจ้าหน้าที่การเงิน หน่วยบริหารคู่สัญญาโรงพยาบาล จะต้องสื่อสาร
ด้วยคำที่เข้าใจง่ายและใช้ศัพท์ทางการแพทย์หรือศัพท์ประกันให้น้อยที่สุด

- บุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ได้และไม่ควรใช้คำศัพท์ประกัน โดยพยาบาล
บริหารทรัพยากรสุขภาพจะต้องสื่อสารข้อมูลความคุ้มครองประกันของผู้ป่วยและ ข้อมูลที่บริษัทประกันสื่อสาร
ให้แก่โรงพยาบาล ให้กับบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจได้อย่างถูกต้อง

- เจ้าหน้าที่บริษัทประกัน สามารถใช้ศัพท์ทางการแพทย์และศัพท์ประกันร่วมกันในการสื่อสารได้

- ตัวแทนประกัน จะไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์ในการสื่อสาร แต่สามารถใช้ศัพท์ประกันในการสื่อสารได้และ
จะต้องใช้ศิลปะในการพูดที่แตกต่างกันไปในแต่ละลักษณะของตัวแทนเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างราบรื่น
และมีความเข้าใจที่ถูกต้องไม่บิดเบือน

4. ความซับซ้อนของระบบที่ใช้ในการประสานงานของบริษัทประกัน

ในอดีตการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับบริษัทประกัน ใช้วิธีส่งเอกสารและข้อมูลผ่านระบบโทรสาร
(Fax) การเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาลจึงถูกเรียกว่า “ระบบบริการ Fax Claim” โดยระบบนี้มี
ข้อเสีย คือใช้เวลานานในการเตรียมและส่งเอกสาร เสี่ยงต่อการตกหล่นของเอกสารปลายทางได้รับข้อมูล
ไม่ครบถ้วนเกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ต่อมาเทคโนโลยีมีการพัฒนามากขึ้นจึงเปลี่ยนมาใช้ “ระบบ E-mail”
ปัจจุบันระบบ E-mail ใช้ในกระบวนการ Concurrent review แพทย์ทุกบริษัทประกันคู่สัญญาและในกระบวนการ
อื่น ๆ ของบางบริษัทประกัน ปัจจุบันหลายบริษัทมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสูงจึงได้พัฒนา “ระบบ Web
Claim” เป็นของตนเอง ดังนั้นพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ มีหน้าที่ในการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติงานผ่านระบบ
บริษัทประกันที่มีความหลากหลายและซับซ้อนเพิ่มเติมจากระบบของโรงพยาบาลตลอดเวลา

ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ถึงบทบาทหน้าที่ในระบบสุขภาพของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพทั้ง 4 บทบาท
สมรรถนะทางการพยาบาลที่สำคัญทั้ง 6 ด้าน และปัญหาที่พบเจอจากการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลบริหาร
ทรัพยากรสุขภาพทั้ง 4 ประเด็น ซึ่งการปฏิบัติงานเมื่อพบปัญหาต้องหาวิธีการแก้ไข เพื่อไม่ให้ปัญหาคงอยู่และ
ส่งผลกระทบต่อสมรรถนะของพยาบาลในแง่ลบมากขึ้น ผู้เขียนจึงเสนอแนะให้นำ “ทักษะแห่งอนาคตใหม่: การเรียนรู้



ในศตวรรษ ที่ 21” มาใช้ในแก้ปัญหาและเสริมสมรรถนะของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ ซึ่งจะกล่าวใน
หัวข้อต่อไป

การเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21

การมีทักษะในการทำงานที่ดี มีผลต่อคุณภาพของการให้การพยาบาลผู้ป่วย ในแต่ละยุคสมัยมีทักษะสำคัญ
ในการทำงานที่แตกต่างกันไป ในศตวรรษที่ 21 “ทักษะแห่งอนาคตใหม่: การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21” จาก
เครือข่ายองค์กรความร่วมมือเพื่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (Partnership for 21st Century Skills) หรือ
เครือข่าย P21 ได้ให้รายละเอียด ทักษะสำคัญแห่งศตวรรษที่ 21 ไว้ 3 ด้านด้วยกัน คือ 1) ทักษะด้านการเรียนรู้
และนวัตกรรม 2) ทักษะด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และ 3) ทักษะชีวิตและอาชีพ ทริลลิง และ ฟาดีล
(Trilling & Fadel, 2009) เป็นแนวทางที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทักษะการเรียนรู้รอบด้านและครอบคลุม
ปัญหาต่าง ๆ ของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ ผู้เขียนจึงเลือกแนวทางนี้มาใช้ในการแก้ปัญหาและเสริม
ทักษะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ดังนี้

1. ทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม

วิฒนชัย วินิจจะกุล (Winichakul, 2014) กล่าวว่า ทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรมเป็นตัวกำหนดความ
พร้อมในการทำงานในยุคสมัยใหม่ที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น ได้แก่ 1) ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม 2) การคิด
อย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา 3) การสื่อสารและความร่วมมือ โดยการเสริมสมรรถนะของพยาบาลบริหาร
ทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม ทำได้โดยการเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานได้
คิดวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างมีวิจารณญาณและเสนอวิธีแก้ปัญหาด้วยตนเอง นำไปสู่
ความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างนวัตกรรมในการทำงานลดปัญหาจากการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นได้ รวมถึงการส่ง
ผู้ปฏิบัติงานเข้าร่วมการฝึกอบรมด้านการสื่อสารและการเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในทีม
จะก่อให้เกิดการพัฒนาด้านการสื่อสาร การให้ความร่วมมือกันในทีมและเพิ่มความรู้ด้านการแพทย์และประกันที่ดี
มากยิ่งขึ้น ตัวอย่างของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เช่น การกระตุ้นและเปิดโอกาสให้มีการสนทนาถึงปัญหาการ
ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ค้นพบปัญหาการให้รหัสโรคและรหัสเหตุการณ์ที่ใช้เป็นข้อมูลในการส่งเรียกร้อง
ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องถูกต้องและสามารถนำไปใช้กับระบบบริษัทประกันได้ ซึ่งไม่สามารถให้รหัสได้โดยเจ้าหน้าที่
Coder ของโรงพยาบาล จึงร่วมมือกันแก้ปัญหาโดยการพัฒนาระบบ Search Check ICD (for Health
Insurance) เป็นต้น

ทักษะด้านนี้จะช่วยแก้ปัญหาเรื่องการสื่อสารไม่มีคุณภาพ การขาดความรู้ทางการแพทย์และประกันสุขภาพ
และเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพได้ทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย
ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ด้านวิชาการและการวิจัย ด้านการ
สื่อสารและสัมพันธภาพ และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ จากการฝึกการคิดวิเคราะห์ปัญหาแนวทางการพัฒนา
ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม และร่วมมือกันแก้ไขปัญหาพัฒนางาน

2. ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี

ในปัจจุบัน สื่อและเทคโนโลยีมีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการของระบบสาธารณสุขอย่างเห็นได้ชัด ทั้ง
ด้านการประชาสัมพันธ์ วิวัฒนาการทางการแพทย์และข่าวสารต่าง ๆ รวมถึงการโต้แย้ง กล่าวโทษ และแสดงความ
ไม่พอใจในบริการของบุคลากรทางการแพทย์และข้อมูลวิธีการรักษาหรือการพยาบาล ดังนั้นทักษะสารสนเทศ สื่อ
และเทคโนโลยีที่พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพควรมีอย่างยิ่งคือ



2.1 การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (Thai Health Promotion Foundation, 2017) กล่าวว่าเป็นการไม่หลงเชื่อในข้อมูลที่ได้รับแต่สามารถคิด วิเคราะห์ และตั้งคำถามได้ว่าสิ่งนั้นจริงหรือไม่ ใครเป็นผู้ให้ข้อมูล มีจุดหมายแอบแฝงหรือไม่ เมื่อเรามีทักษะด้านนี้จะช่วยเสริมให้พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพมีความรู้ทั้งในทางการแพทย์และประกันที่เป็นปัจจุบันอยู่เสมอและช่วยเสริมสมรรถนะทางการพยาบาลด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ด้านวิชาการและการวิจัยให้ดียิ่งขึ้น ตัวอย่างของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เช่น การได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยและตัวแทนประกันถึงผลประโยชน์ความคุ้มครองที่มีครอบคลุมถึงการเข้ารับการรักษาโดยวิธีการให้เลือด เป็นระยะเวลาเกิน 6 ชั่วโมง ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โดยไม่มีเลขผู้ป่วยใน สามารถใช้ Fax Claim ได้ จากข้อมูลที่ได้พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพต้องคิดถึงประเด็นทางการแพทย์ในการให้เลือดของผู้ป่วยรายนี้ เมื่อได้ข้อมูลแผนการรักษาแล้วจึงเทียบเคียงกับข้อมูลการใช้สิทธิประกันสุขภาพผ่านโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่ามีจุดหมายแอบแฝงในการขอใช้สิทธิการรักษาที่ไม่ตรงไปตรงมา หากหลงเชื่อและไม่วิเคราะห์ข้อมูลจะส่งผลถึงการให้สิทธิการรักษา การไม่ถูกต้องในคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ความน่าเชื่อถือในการประสานงานกับแพทย์และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงอาจเกิดปัญหาทางการเงินที่ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลอีกด้วย

2.2 ทักษะด้านสารสนเทศ (Information Literacy) ความฉลาดรู้เรื่องสารสนเทศ ชุตินา สัจจานันท์ (Sacchanand, 2020) เป็นทักษะความสามารถเชิงบูรณาการ ครอบคลุมการค้นหาคำอย่างไตร่ตรอง ความเข้าใจในการใช้สารสนเทศสร้างความรู้ใหม่ และการมีส่วนร่วมในชุมชนการเรียนรู้ ซึ่งศตวรรษที่ 21 มีวิวัฒนาการทางการแพทย์ต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพต้องหมั่นฝึกฝนและพัฒนาความสามารถในการค้นหาข้อมูลด้านการแพทย์และการให้พยาบาลแก่ผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นทั้งด้านการผ่าตัดและวิธีรักษาใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น แล้วจึงนำความรู้ที่ได้มาไปสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ในส่วนของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ เพื่อให้เกิดการแบ่งปันความรู้ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทั้งในตัวผู้ปฏิบัติงานและทีม เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานและสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ให้มีการรักษาผู้ป่วยอย่างตรงตามมาตรฐานทางการแพทย์ ตัวอย่างของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เช่น การรักษาด้วยวิธี Microwave ablation liver โดยแพทย์รังสีร่วมรักษา ซึ่งเป็นวิธีการรักษาใหม่ ทำให้บริษัทประกันจะพิจารณาเรื่องความไม่จำเป็นทางการแพทย์ ส่งผลให้ไม่สามารถเรียกร้องค่ารักษาผ่านโรงพยาบาลได้ แต่การนำทักษะด้านสารสนเทศมาใช้ในการปฏิบัติงานโดยการร่วมมือกับทีมแพทย์และพยาบาลรังสีร่วมรักษาในการค้นหาข้อมูลด้านการแพทย์และการให้พยาบาลเพื่อแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นทางการแพทย์และเป็นการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วย Microwave ablation liver สามารถเรียกร้องค่ารักษาผ่านโรงพยาบาลได้

2.3 ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology Literacy) ประกอบไปด้วยทักษะความชำนาญที่สำคัญ 3 ด้าน วิชชุลาวินัย พิทักษ์ผล (Phitakphon, 2013) คือ

- ด้านการรู้คิด ได้แก่ การอ่าน การคำนวณ การคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา เป็นทักษะที่สำคัญและมีผลต่อการทำงานอย่างมากเพราะจะนำไปใช้ได้กับหลายส่วนงาน ตัวอย่างของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เช่น การใช้ทักษะในการอ่านประวัติการรักษาและวิเคราะห์การดำเนินไปของโรคและเหตุผลของการรักษาแต่ละวิธี การใช้ทักษะในการคำนวณเพื่อทบทวนผลการพิจารณาความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลให้เป็นไปตามสิทธิที่ผู้ป่วยมีและการใช้ทักษะในการแก้ปัญหาที่พบเจอซึ่งพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพมักเจอปัญหาที่แตกต่างไม่ซ้ำกันในแต่ละวัน เช่น การใช้งานระบบประกัน ผลการพิจารณาคุ้มครองค่ารักษาผิดพลาด ผู้ป่วยไม่ยอมรับผลการพิจารณาประกัน การแจ้งข้อมูลไม่ตรงกันของผู้ป่วยและญาติ เอกสารไม่ครบ เป็นต้น



- ความชำนาญด้านเทคนิค ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับระบบเครือข่ายและระบบการสื่อสารต่าง ๆ ในการรับ-ส่งข้อมูลผ่านระบบของบริษัทประกันที่หลากหลายและบริษัทประกันเองก็มีการปรับปรุงพัฒนาระบบอยู่เสมอ ทำให้ทักษะความชำนาญด้านเทคนิคและเรียนรู้การใช้งานระบบใหม่เป็นสิ่งสำคัญ หากขาดทักษะนี้ จะส่งผลให้การปฏิบัติงานล่าช้าและผิดพลาดได้ ตัวอย่างของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เช่น การเน้นให้มีการสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบ กรณีพบระบบประกันมีการเปลี่ยนแปลง และการทบทวนคู่มือบริษัทประกันเป็นประจำ

- ความชำนาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เป็นการเข้าถึง จัดการ วิเคราะห์และแสดงผลข้อมูล โดยพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกจะใช้ทักษะนี้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการรักษาและแสดงผลของข้อมูลให้เห็นถึงความจำเป็นในการรักษาและความจำเป็นของการใช้จ่ายตามแผนการรักษาในขั้นตอนการประเมินความคุ้มครองก่อนผ่าตัดและขั้นตอนการทบทวนการให้บริการทางการแพทย์และการใช้ทรัพยากรสุขภาพ ขณะเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน เป็นต้น

3. ทักษะชีวิตและอาชีพ

วัฒนชัย วินิจจะกุล (Winichakul, 2014) กล่าวว่า ชีวิตและสภาพการทำงานในทุกวันนี้จำเป็นต้องมีทักษะการคิดและองค์ความรู้เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ความยืดหยุ่นและความสามารถในการปรับตัว การริเริ่มและการกำกับดูแลตนเอง ทักษะสังคมและทักษะข้ามวัฒนธรรมและภาวะผู้นำและความรับผิดชอบ ดังนี้

3.1 ความยืดหยุ่นและความสามารถในการปรับตัว (Flexibility and adaptability) เป็นทักษะช่วยในปรับตัวและเผชิญหน้ากับสิ่งใหม่ได้อย่างมีความคิดและการกระทำที่ยืดหยุ่น ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานไม่ตึงเครียดจนเกินไปและยังคงอยู่ในมาตรฐานทางการแพทย์ (Huachiew Chalermprakit University, 2024) ตัวอย่างของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เช่น การยืดหยุ่นเวลาบริการกรณีเกินเวลาที่โรงพยาบาลกำหนดเล็กน้อย แต่ยังไม่เกินเวลาบริการประกันให้ผู้ป่วยใช้บริการได้ ช่วยลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วย โรงพยาบาลและบริษัทประกัน ลดปัญหาทางการเงินของผู้ป่วย อีกทั้งยังเพิ่มความพึงพอใจในการบริการของโรงพยาบาลอีกด้วย ซึ่งยังช่วยเสริมสมรรถนะทางการพยาบาลด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย และด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพให้ดียิ่งขึ้น

3.2 การริเริ่มและการกำกับดูแลตัวเองได้ (Initiative and Self-Direction) เนื่องจากพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพเป็นสายการพยาบาลที่ต้องมีความรู้ทางการแพทย์หลายสาขา การใช้ทักษะการริเริ่มและการกำกับดูแลตัวเอง โดยการกำหนดจุดมุ่งหมาย รูปแบบ และวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเอง จะทำให้มีแรงจูงใจในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งเป็นการสร้างมูลค่าให้แก่ตนเองอีกด้วย โดยอาจเริ่มจากการเพิ่มพูนความรู้ในกลุ่มโรคและหัตถการที่พบบ่อยและค่อยต่อยอดสู่ความรู้ที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น การเริ่มที่ตนเองจะสร้างแรงผลักดันในการพัฒนาความรู้และทักษะในการทำงานได้ในระยะยาวอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยเสริมสมรรถนะทางการพยาบาลด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านวิชาการและการวิจัย และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศให้ดียิ่งขึ้น

3.3 ทักษะด้านสังคมและทักษะข้ามวัฒนธรรม (Social and Cross-Culture Skill) พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ ทำงานโดยตรงกับหลายกลุ่มสังคม ทั้งในแง่ลักษณะเนื้องาน เชื้อชาติ ภาษาและวัฒนธรรม ทั้งผู้ป่วย ญาติ บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล บริษัทประกัน เป็นต้น ซึ่งแต่ละสังคมย่อมมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป การใช้ทักษะด้านสังคมและทักษะข้ามวัฒนธรรม จึงเป็นสิ่งที่พึงนำมาใช้ในการทำงานอย่างยิ่งเพื่อการเข้าถึง ยอมรับ และร่วมงานกัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเสริมสมรรถนะทางการพยาบาลด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพได้อย่างดีอีกด้วย



การเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: กรณีศึกษา
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

3.4 ภาวะผู้นำและความรับผิดชอบ (Leadership and Responsibility) พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพเป็นส่วนงานที่มีการทำงานเป็นทีม ทักษะภาวะผู้นำจึงเสริมให้ทีมทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและหากขาดทักษะนี้จะนำไปสู่ปัญหาการหยุดชะงักของการพัฒนาคุณภาพในการบริหารทรัพยากรสุขภาพต่อไป โดยทักษะที่ใช้ร่วมกันคือทักษะความรับผิดชอบเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายและอยู่ภายในกรอบเวลาที่กำหนด โดยเป็นทักษะที่นำมาเสริมสมรรถนะทางการพยาบาลด้านภาวะผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพโดยตรงโดยอาจเริ่มจากการฝึกเป็นหัวหน้าทีมในการทบทวนประเด็นความจำเป็นทางการแพทย์ในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยและนำมาอภิปรายให้ทีมได้รับฟัง เป็นต้น

ตารางแสดง การเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21

การเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21	1. ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย	2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์	3. ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ	4. ด้านวิชาการและการวิจัย	5. ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ	6. ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ
1. ทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม	√	√	√	√	√	√
2. ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี 2.1 การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) 2.2 ทักษะด้านสารสนเทศ (Information Literacy) 2.3 ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology Literacy)		√	√	√		
3. ทักษะชีวิตและอาชีพ 3.1 ความยืดหยุ่นและความสามารถในการปรับตัว (Flexibility and adaptability) 3.2 การริเริ่มและการกำกับดูแลตัวเองได้ (Initiative and Self-Direction) 3.3 ทักษะด้านสังคมและทักษะข้ามวัฒนธรรม (Social and Cross-Culture Skill) 3.4 ภาวะผู้นำและความรับผิดชอบ (Leadership and Responsibility)	√	√	√	√	√	√

บทสรุป

พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ เป็นผู้ปฏิบัติงานหลักในการบริการประกันสุขภาพเอกชนของโรงพยาบาล โดยมีบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการทบทวนประเด็นทางการแพทย์ในการขอใช้สิทธิการรักษา 2) ด้านการทบทวนการใช้ทรัพยากรสุขภาพและประเมินความคุ้มครองก่อนเข้ารับการรักษา 3) ด้านการทบทวนการให้บริการทางการแพทย์และการใช้ทรัพยากรสุขภาพขณะเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน และ 4) ด้านการดูแลกระบวนการส่งเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล ซึ่งอาศัยสมรรถนะของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพที่สำคัญทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจริยธรรมจรรยาบรรณและกฎหมาย 2) ด้านการ



Enhancing the Competency of Utilization Review Nurses Through 21st –
Century Skills: Case Study of Golden Jubilee Medical Center,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
การเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: กรณีศึกษา
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ 4) ด้านวิชาการและการวิจัย 5) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ และ 6) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ

จากประสบการณ์พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพของผู้เขียน พบปัญหาในการทำงาน 4 ด้าน ด้วยกัน คือ 1) ขาดความรู้ทางการแพทย์ที่ครอบคลุมทุกสาขาและเท่าทันโลกอยู่เสมอ 2) ขาดความรู้ด้านประกันและไม่มี การปรับความรู้ด้านประกันที่มีอยู่ให้เป็นปัจจุบัน 3) การสื่อสารไม่มีคุณภาพ และ 4) ความซับซ้อนของระบบที่ใช้ ในการประสานงานของบริษัทประกัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการให้บริการประกันสุขภาพเอกชน แก่ผู้ป่วยของโรงพยาบาล ผู้เขียนจึงได้เสนอแนะให้นำ “ทักษะแห่งอนาคตใหม่: การเรียนรู้ในศตวรรษ ที่ 21” จาก เครื่องข่าย P21 มาปรับใช้ในการแก้ปัญหาของงานและเสริมสมรรถนะของพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ ให้มี ความสามารถทั้งด้านวิชาการทางการแพทย์ ความรู้และทักษะทางการพยาบาล ทักษะสารสนเทศ สื่อ และ เทคโนโลยี รวมถึงทักษะชีวิตและอาชีพ ในการรับมือ เผชิญหน้า และแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ อย่างยิ่งของการพัฒนาสายงานพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพอย่างรอบด้าน อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาคุณภาพ และเพิ่มความน่าเชื่อถือในบริการประกันสุขภาพเอกชนให้กับโรงพยาบาลอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

พยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพ สามารถนำความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ สมรรถนะทางการพยาบาล ปัญหาในการปฏิบัติงาน และแนวทางการเสริมสมรรถนะที่ได้กล่าวในบทความนี้ ไปประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงาน ในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้การบริการผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งในส่วน of โรงพยาบาลรัฐที่ยังไม่ มีการให้บริการประกันสุขภาพเอกชน อาจจะใช้เป็นแนวทางในการวางแผนขยายศักยภาพในการให้บริการ เพื่อ ส่งเสริมการเพิ่มรายได้โรงพยาบาล และสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยต่อไป

References

- AIA. (2023). *AIA network health claim*. https://www.aia.co.th/content/dam/th/th/docs/make-a-claim/aia-health-care/AIA%20Network%20HC_TH.pdf (in Thai)
- AIA Health Insurance. (2023). *AIA Provider Manual Smart Claim-IPD*. <http://www.healthcare.aia.co.th> (in Thai)
- Huachiew Chalermprakiet University. (2024). *Soft skills, the skills that young people should have*. <https://www.hcu.ac.th/article/Soft%20Skills%20%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B0%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%84%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%99%E0%B9%83%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B9%88%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%B5> (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2022). *Please publicize and invite to join the system: Insurance Claim (I Claim)*. <https://www.nakhonsihealth.org/new/?p=3069> (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2023). *Memorandum: Adding a line of work registered nurse, health insurance, office of permanent secretary Ministry of Public Health*. https://hr.moph.go.th/site/hr_moph/?p=362211



Enhancing the Competency of Utilization Review Nurses Through 21st –
Century Skills: Case Study of Golden Jubilee Medical Center,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
การเสริมสมรรถนะพยาบาลบริหารทรัพยากรสุขภาพด้วยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: กรณีศึกษา
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- Muang Thai Life. (2023). *Easycare revamp for hospital-phase 2.1*. <https://muangthai.easycare.muangthai.co.th/hospital/Login> (in Thai)
- Office of Insurance Commission. (2004). *Central standard*. Express Transportation Organization of Thailand. (in Thai)
- Office of Insurance Commission. (2021). *Registrar's order 14/2564*. <https://smart.oic.or.th/EService/Menu11> (in Thai)
- Phyathai. (2024). *UR Nurse*. <https://www.phyathai.com/th/career/job-475> (in Thai)
- Pokpermddee, P. (2023). *I claim (Disbursement system Health insurance in digital platform)*. <https://expertcenter-spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/06/iClaimA.3.2.pdf> (in Thai)
- Phitakphon, W. (2013). Future ICT skills. *Thailand Education Journal*, 10(100), 26-28. (in Thai)
- Sacchanand, C. (2020). Information literacy in the digital environment. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 46(1), 1-17. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2018). *The competency of graduate Bachelor's degree, Master's Degree and Ph.D.* <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf> (in Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2017). *5 elements of media literacy*. <https://www.thaihealth.or.th/?p=229945> (in Thai)
- Trilling, R., & Fadel, C. (2009). *21st century skills: Learning for life in our times*. Jossey-Bass.
- Winichakul, W. (2014). *The combination of think about learning* (1st ed.). Thailand Knowledge Park.